

BIJVOEGSEL

Schriftelijke antwoorden van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op vragen gesteld in de eerste termijn van de behandeling van **de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015 (34000-XVI)**.

Antwoord op de vragen van het Kamerlid Siderius (SP) over wat de regering ouderen te bieden heeft, die getroffen worden door bezuinigingen in de huishoudelijke hulp en sluiting van verzorgingshuizen?

Gemeenten krijgen met de Wmo 2015 een brede verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mensen bij participatie en zelfredzaamheid. Gemeenten worden geacht, op basis van een zorgvuldig proces waarin het individueel onderzoek centraal staat, passende ondersteuning te bieden die mensen in staat stelt zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Een onderdeel van deze passende ondersteuning kan bestaan uit de hulp bij het voeren van de huishouding. Cliënten die behoefte hebben aan permanent toezicht en/of voortdurende zorg in de nabijheid kunnen ook in de toekomst aanspraak blijven maken op verblijf in een instelling. Ouderen die nu verblijfsrecht hebben behouden dit recht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius (SP) over veilig en geborgen langer thuis wonen.

Met de hervorming van de langdurige zorg wordt de zorg en ondersteuning dichter bij de mensen georganiseerd. Daarmee sluit de zorg en ondersteuning beter aan bij een trend die zich al jarenlang manifesteert. Hierdoor kunnen huisartsen, wijkverpleegkundigen en sociale wijkteams beter kwetsbare ouderen opsporen en volgen. Hieronder valt ook het signaleren en tegengaan van ondervoeding, verwaarlozing en overbelasting van mantelzorgers. Om ouderen mishandeling tegen te gaan loopt het actieplan ouderen in veilige handen. Daarnaast is t.a.v. de veiligheid mijn collega van Veiligheid en Justitie een specifiek traject gestart om ouderen voor te lichten en weerbaarder te maken. Er wordt ondermeer samengewerkt met de Unie KBO die inmiddels bijna honderd voorlichtingsbijeenkomsten over heel Nederland heeft gegeven. VenJ werkt ook samen met een groot aantal gemeenten, die voorlichting in hun eigen gemeenten geven. Dit beleid heeft er de afgelopen periode toe geleid dat het aantal overvallen op senioren sinds 2013 daalt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius (SP) over een gemeentelijk reddingsplan. Ik deel dit beeld niet. Gemeenten, aanbieders en andere betrokken partijen spannen zich samen in om op 1 januari goed aan de start te verschijnen. Ik zie dat de toegang en de inkoop in veel regio's is afgerond. Waar partijen onvoldoende vorderingen maken spreek ik ze daarop aan en bezie samen de mogelijkheden om risico's te beperken.

Ik heb vaak gesteld dat decentraliseren voor mij niet stopt bij het maken van een wet. Ook na 1 januari ben ik voor gemeenten aanspreekbaar als ze hun taken niet binnen de gestelde kaders kunnen realiseren. Ik zie deze afspraak als belangrijke voorwaarde om eventuele problemen die zich in 2015 voordoen snel te herkennen en samen het hoofd te bieden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius (SP) over vervoer naar dagbesteding.

De idee dat de dagbesteding zal afnemen als gevolg van bezuinigingen op het vervoer deel ik niet. De aanspraak voor vervoer van en naar dagbesteding wordt in de huidige situatie op grond van het indicatiebesluit Awbz vastgesteld. Voor de cliënten die per 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van gemeenten worden gebracht geldt dat zij ook vanuit de gemeente passend ondersteund moeten worden, ook na de periode van overgangsrecht. Daar waar passende ondersteuning tot het voorzien in dagbesteding leidt voor een cliënt is de gemeente ook aanspreekbaar op het vervoer van en naar de dagbesteding.

Door de verantwoordelijkheid voor het vervoer van en naar dagbesteding, het Wmo-vervoer en het leerlingenvervoer in één hand te beleggen, kan de gemeente naar verwachting naast meer doelmatigheid ook meer maatwerk organiseren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius (SP) om gemeenten te verplichten een voorziening voor respijtzorg te hebben.

De positie van de mantelzorger is in de Wmo versterkt. Gemeenten zullen op basis van een zorgvuldig proces, waarin het individueel onderzoek centraal staat, passende ondersteuning bieden. Daarbij is er nadrukkelijk aandacht voor de rol van mantelzorgers en de ondersteuning die zij nodig hebben, zoals respijtzorg (thuisopvang, dagopvang, kortdurend verblijf) of inzet van vrijwilligers.

In de Wmo 2015 staat niet meer een bepaalde voorziening centraal, maar de ondersteuningsbehoefte van cliënt en mantelzorger, zodat de meest passende ondersteuning geboden kan worden. Ik zal gemeenten niet verplichten een voorziening voor respijtzorg te hebben. Ik wil respijtzorg wel stimuleren.

Om gemeenten te ondersteunen verschijnt als actie van de 'Toekomstagenda Informele zorg en ondersteuning' in het voorjaar 2015 een geactualiseerde versie van de handreiking respijtzorg. Deze is gebaseerd op een verkenning naar werkbare elementen van goede praktijkvoorbeelden. Gemeenten krijgen zo inzicht hoe ze passende respijtzorg voor hun inwoners kunnen organiseren.

Respijtzorg komt ook aan de orde tijdens de praktijkdagen voor gemeenten die deze maand plaatsvinden en in bijeenkomsten die ik de komende weken met wethouders heb. Begin 2015 organiseer ik een praktijkdag mantelzorg voor gemeenten waar respijtzorg eveneens een thema is.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius op de vraag over reparatie van kortingen bij mantelzorgers die worden betaald met een pgb.

Voor mensen die in de WW zitten, geldt dat zij verplicht zijn om te proberen om uit de uitkering te komen door betaald werk te zoeken. Inkomsten uit ander werk opgenomen tijdens de WW-uitkering worden geaccumuleerd op de uitkering. Wanneer tijdens de WW-periode een vergoeding wordt verkregen voor vrijwilligerswerk dat de fiscale vrijstelling daarvoor niet overschrijdt, zullen die inkomsten echter niet worden geaccumuleerd op de WW-uitkering. Mantelzorg wordt om niet verleend. Wanneer bij de beloning uit het pgb sprake is van betaald werk, gelden de anticumulatieregels. Het is de minister van SZW die binnen dit kabinet verantwoordelijk is over het anticumulatiebeleid in de sociale zekerheid.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius (SP) over het inzetten van de praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk bij de ondersteuning van mantelzorgers. Ja, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft in samenwerking met Mezzo en het Expertisecentrum Mantelzorg de toolkit "Mantelzorg in de huisartsenpraktijk" ontwikkeld. De toolkit geeft huisartsen en met name praktijkondersteuners handvatten om: mantelzorgers te herkennen, dreigende overbelasting bij mantelzorgers te signaleren, mantelzorgers te ondersteunen en mantelzorgers te kunnen doorverwijzen naar de juiste instanties voor ondersteuning.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius (SP) over de verdeling van de budgetten van beschermd wonen.

Komend jaar zal sprake zijn van een historische verdeling van het budget voor beschermd wonen. Het is nooit de bedoeling geweest een objectief verdeelmodel per 1 januari 2015 in te voeren. Ik kan nu nog niet zeggen hoe de verdeling in 2016 en latere jaren zal worden. Daarover vindt nog overleg plaats.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius (SP) over het nieuwe stelsel Jeugd.

De stelselherziening Jeugd is een ingewikkelde operatie en ik begrijp de zorgen die in het land leven en door mevrouw Siderius naar voren worden gebracht. Juist om deze reden heb ik, samen met mijn collega van Veiligheid en Justitie, de nodige maatregelen genomen om de continuïteit van zorg te garanderen en te voorkomen dat jeugdigen tussen wal en schip dreigen te raken. Ik noem hierbij even puntsgewijs de meest relevante maatregelen:

1. in de Jeugdwet is de continuïteit van zorg voor de bestaande cliënten vastgelegd, het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en zorgaanbieders om deze daadwerkelijk te realiseren.
2. gemeenten dienen tijdig contracten te sluiten met de zorgaanbieders. Daar waar dit nog niet het geval is spreken we gemeenten aan om dit zo snel mogelijk te doen. In het uiterste geval zullen we via een indeplaatsstelling de contracten namens de gemeenten sluiten.
3. aanbieders van jeugdhulp die een knelpunt ondervinden bij het realiseren van de continuïteit van zorg kunnen zich melden bij de Transitieautoriteit Jeugd (TAJ). Die kan bemiddelen in de regio's en eventueel aan het rijk adviseren een aanwijzing te geven. Ook

kan een instelling een subsidieaanvraag indienen bij het Ministerie van VWS, de TAJ adviseert over de eventueel toe te kennen vergoeding. Met deze maatregelen hoeft geen enkele jeugdhulpaanbieder kinderen op straat te zetten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Siderius (SP) of het klopt dat maatschappelijk werkers en jongerenwerkers tijdens de overgangstermijn voor de registratie hun werk kunnen blijven doen en dus gecontracteerd kunnen worden door gemeenten? Waar blijft de 2,5 miljoen die hiervoor nodig is?

Maatschappelijk werkers en jongerenwerkers die zich nu (nog) niet kunnen registreren kunnen, totdat er voor hen een mogelijkheid tot registratie is, hun werk blijven doen en dus ook gecontracteerd worden, mits ze natuurlijk bekwaam en deskundig zijn. Dit geldt overigens ook voor andere professionals die in het jeugddomein werken en zich nu nog niet kunnen registreren.

De werkgever kan namelijk, volgens de norm verantwoorde werktoedeling, werk toedelen aan (nog) niet geregistreerde professionals die beschikken over specifieke deskundigheden (tweede onderdeel van de tenzij-bepaling).

De stuurgroep Ontwikkeling kwaliteitskader jeugd zal zich bezig gaan houden met het ontwikkelen van registratiecriteria en het inrichten van het registratieproces. Voor dit doel zie ik van hen een subsidieaanvraag tegemoet.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over de uitspraak "zorg als gratis water". Kamerlid Leijten heeft mij gevraagd te reageren op de uitspraak "zorg als gratis water". Kamerlid Leijten haalt mijn uitspraak enigszins uit zijn verband. Water is niet gratis en zorg is evenmin gratis. Voor beide geldt echter dat we de (werkelijke) kosten ervan niet bij gebruik ervaren. Daarom draaien we een waterkraan ook niet altijd meteen dicht als we onze handen hebben gewassen.

We hebben een zorgstelsel dat iedereen goede, toegankelijke en betaalbare zorg biedt. Dat is zo en dat willen we zo houden. Daarom is het belangrijk dat iedereen zijn bijdrage levert om het zorgstelsel betaalbaar te houden. Daarbij past dat we ons allemaal wat meer bewust zijn van de kosten van zorg en er zinnig en zuinig gebruik van maken. Per slot van rekening dragen we met zijn allen de kosten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

De sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland zijn internationaal relatief laag en nemen niet toe. Desalniettemin vindt het kabinet de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te fors. Het kabinet vindt het belangrijk om de gezondheidsachterstand van lager opgeleiden aan te pakken. Daarom is dit ook één van de speerpunten van het Nationaal Programma Preventie. De aandacht ligt daarbij naast leefstijl vooral op de sociale en fysieke omgeving van mensen. De toegang tot zorg is hier een belangrijk onderdeel van. De belangrijkste aangrijpingspunten hiervoor liggen op lokaal niveau. Vandaar dat in de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad extra middelen op zijn genomen voor gemeenten om een lokale, integrale aanpak van gezondheidsverschillen te ondersteunen en verbindingen lokaal te leggen. Voor 2014 was hiervoor €10 miljoen beschikbaar. Voor 2015-2017 is €20 miljoen per jaar beschikbaar. Dit geld gaat naar de gemeenten met de wijken met de grootste sociale achterstanden. Gemeenten gaan samenwerken om effectieve interventies en best practices te delen om zo zoveel mogelijk resultaat te bereiken. Het betreft echter een taaiere problematiek, die een integrale aanpak vereist en waar resultaten pas op langere termijn zichtbaar worden.

Ook is de buurtsportcoach een middel om mensen, die geen lid zijn van een sportvereniging en weinig bewegen, te motiveren om de kans te bieden om in de buurt te sporten en te bewegen. In 2015 gaat er 47 miljoen uit de VWS-begroting naar de buurtsportcoaches. Vanuit de OCW komt daar nog 10,9 miljoen bij. Daarvoor zijn 2200 FTE aan buurtsportcoaches actief.

Het Jeugdsportfonds heeft als doel om kinderen in lage inkomensgezinnen de kans te geven in verenigingsverband te sporten door de kosten daarvan te dragen. In 2015 is er 1,2 miljoen

beschikbaar voor het Jeugdsportfonds. Dit is voor drie jaar (2014, 2015, 2016).

Het JOGG programma is er om achterstanden in beweging en kennis over gezond leven in te lopen. Inmiddels doen 75 gemeenten mee met dit programma.

Het NPP onderneemt vele activiteiten gericht op het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen, o.a. door:

Decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad voor een lokale, integrale aanpak van gezondheidsverschillen: €20 miljoen per jaar voor 2015-2017 voor de gemeenten met de grootste sociale achterstand;

Stimuleringsprogramma 'Gezond in...' om gemeenten op maat te adviseren en te ondersteunen en landelijk kennis uit te wisselen over best practices en effectieve interventies;

Inzetten op kwetsbare groepen binnen de domeinen wijk (bijv. gezonde leefomgeving), zorg (bijv. toegankelijkheid voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden), werk (bijv. laaggeletterde werknemers, zware beroepen) en leren (bijv. ondersteuning van ouders, gezonde school, rookvrije schoolpleinen, inzet op (V)MBO);
Inzetten op de sociale en fysieke omgeving van mensen, naast leefstijl

In de zorgfinanciering zit een belangrijke inkomensafhankelijke component. Daardoor blijft de zorg toegankelijk voor lage inkomens. De inkomensafhankelijke bijdrage, de inkomensafhankelijke Wlz-bijdrage en de zorgtoeslag zorgen ervoor dat de toegang tot zorg ook voor mensen met een inkomens- en gezondheidsachterstand is gegarandeerd.

De sociale wijkteams en de directe toegang tot de huisarts en de wijkverpleegkundige zorgt ervoor dat de zorg in de wijk zonder drempel toegankelijk is.

Programma's zoals Healthy Pregnancy⁴all zijn ingezet om kwetsbare groepen te begeleiden voor en tijdens hun zwangerschap en bevalling. Dit programma loopt in 2015 in 14 gemeenten.

Dit is een greep uit de vele initiatieven, acties, maatregelen en projecten dat tezamen het beleid vormt om sociaaleconomische gezondheidsverschillen tegen te gaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over de remmende werking van het eigen risico en de relatie met solidariteit.

Ik vind het eigen risico nog steeds belangrijk om de betaalbaarheid en solidariteit in de zorg te waarborgen. Door het eigen risico betaalt de gebruiker in 2015 maximaal €375 van de kosten zelf, waardoor we met zijn allen minder via de Zvw-premie hoeven te betalen. Ook stimuleert het eigen risico dat verzekerden kritisch kijken naar hun eigen zorgvraag. Bij de vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag wordt rekening gehouden met het eigen risico. Dat is een kwestie van solidariteit.

Wel wil ik er alert op zijn als er sprake is van negatieve, onbeoogde effecten. Daarom heb ik uw Kamer al eerder gemeld dat rond dit vraagstuk nog nader onderzoek wordt verricht. Zo wordt, in samenwerking met onder meer de LHV, onderzoek gedaan naar de achtergrondkenmerken van de mensen die zorg mijden.

Ook zal Vektis een analyse maken van het feitelijk zorggebruik in 2012, in vergelijking met 2013 (het jaar waarin het eigen risico is verhoogd van 220 naar 350).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over hoeveel mensen in de financiële problemen moeten raken door toenemende premie en eigen risico.

In Nederland kunnen mensen die problemen hebben met het betalen van de zorgpremie met hun verzekeraar betalingsregelingen treffen. Ook ten aanzien van het eigen risico is dat mogelijk. Er zijn geen data van collectieve verzekeraars van hun bijstandsgerechtigden en minima. Hiermee worden betalingsproblemen voorkomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over hoe het komt dat er geen goedgekeurde jaarrekeningen worden afgegeven.

Hier liggen in hoofdlijnen twee oorzaken aan ten grondslag.

Ten eerste door de ggz-sector ervaren normonduidelijkheid. Normonduidelijkheid komt deels door het feit dat regels van de NZa als onduidelijk worden ervaren. In reactie hierop heeft de NZa eind oktober van dit jaar een circulaire gepubliceerd, waarin zij een aantal publieke regels nader heeft toegelicht waarmee een groot deel van de normonduidelijkheid is weggenomen. Daarnaast zijn veldpartijen ook zelf soms de oorzaak van de normonduidelijkheid. Zo hebben veldpartijen zelf de verantwoordelijkheid om te zorgen voor heldere normen voor de administratieve organisatie en interne controle. Brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars hebben hier echter nog geen landelijke afspraken over gemaakt.

De tweede hoofdoorzaak ligt in het feit dat 2013 het jaar is waarin de ggz-sector sectorbreed is overgestapt naar dbc-bekostiging. Een aantal knelpunten komt dan ook voort uit transitieproblemen. Het DBC-systeem vraagt meer van de veldpartijen op het gebied van transparantie en verantwoording en het vraagt het nodige van veldpartijen om hun administratieve processen hier efficiënt en effectief op in te richten. Ook laat het zien dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars deels nog zoekende zijn naar hoe zij hun processen wat dit betreft goed (dat wil zeggen: op een voor ieder zo effectief en efficiënt mogelijke manier) op elkaar kunnen laten aansluiten.

Momenteel wordt door veldpartijen de laatste hand gelegd aan een plan van aanpak dat erop gericht is de betreffende normonduidelijkheden zo veel mogelijk weg te nemen en de transitieproblemen van een oplossing te voorzien. Zodra dit plan gereed is zal ik u daarover nader informeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over het terugtrekken van financiering door banken en het aantal faillissementen dat is voorzien.

Mijn beeld is niet dat banken op grote schaal hun bestaande financieringen terugtrekken. Banken hebben in mijn richting aangegeven dat het voor hen het belangrijkste is dat regels en declaraties in de toekomst helder zijn. Dat is nu ook precies waar ik samen met partijen onder meer in het kader van de jaarrekeningtrajecten in de GGZ en Ziekenhuizen mee bezig ben. Wel zijn er signalen dat banken hogere eisen stellen bij het verstrekken van nieuwe financiering aan zorginstellingen. Overigens is het zo dat daar waar leningen geborgd zijn door het Waarborgfonds voor de Zorgsector (WFZ) leningen ook niet tussentijds door de geldgever opgezegd kunnen worden. Ik wijs er verder op dat de Wet vergroting investeringsmogelijkheden in de medisch specialistische zorg die thans in de Eerste Kamer ligt er juist op is gericht de financieringsmogelijkheden in die sector te verruimen.

Op de vraag hoeveel ziekenhuizen en GGZ-instellingen mogelijk failliet zullen gaan, kan ik geen antwoord geven, te meer daar ik als minister geen direct financieel toezicht uitoefen op zorgaanbieders. In ons zorgstelsel zijn zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf verantwoordelijk voor de (continuïteit van) zorg. Indien zorgaanbieders in de financiële problemen komen zullen zij zich melden bij de zorgverzekeraar (early warningsysteem). De zorgverzekeraar is gelet op de zorgplicht immers verantwoordelijk voor het leveren van voldoende zorg aan zijn verzekerden. De zorgverzekeraar zal in overleg met de betreffende zorgaanbieder die maatregelen nemen die de continuïteit van zorg borgen dan wel ervoor zorgen dat zijn verzekerden elders ondergebracht kunnen worden. De NZa houdt er toezicht op dat verzekeraars aan hun zorgplicht voldoen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over het afschaffen van de beschikbaarheidsbijdrage en de rol van zorgverzekeraars hierbij.

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht jegens hun verzekerden om te voorzien in spoedeisende hulp en acute verloskunde. De NZa heeft in de casus Den Helder en Terneuzen geconstateerd dat de zorgverzekeraars zich niet in een overmachtsituatie bevinden en voldoende mogelijkheden hebben om de acute zorg in deze regio's te borgen en te financieren. De manier waarop de zorgverzekeraars dit organiseren is aan hen. De

NZa heeft op het moment dat de aanvragen van de zorgaanbieders zijn afgewezen de betrokken zorgverzekeraars gewezen op hun zorgplicht. Die zorgverzekeraars zijn gevraagd hier voor 1 december 2014 verslag over uit te brengen aan de NZa. Ik verwacht van de NZa dat zij hier in het kader van haar toezicht op het naleven van de zorgplicht door verzekeraars actief op toeziet.

Meer in het algemeen heb ik de NZa gevraagd hoe het niet meer verstrekken van een beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde zich verhoudt tot het gelijk speelveld van zorgverzekeraars. Immers: verzekeraars die dominant zijn in het landelijk gebied hebben daarmee automatisch een hogere schadelast en daarmee weer een hogere premie, waardoor ze zich uit de markt prijzen in het stedelijk gebied.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over hoe het mogelijk is om in 2015, het jaar van de transparantie, de stijging van de ziekenhuiszorg uitgaven van 2005 naar 2013 te interpreteren en te classificeren.

In het jaar van de transparantie zal de nadruk liggen op het beter zichtbaar maken van informatie die er al is, over kwaliteit van zorg en financiële gegevens, voor de patiënt en andere geïnteresseerden. Het jaar van de transparantie gaat daarmee niet om interpretatie en classificatie van de stijging van de totale ziekenhuiszorg uitgaven.

De ontwikkeling van de zorgkosten in de afgelopen decennia is door het Centraal Planbureau inzichtelijk gemaakt in de CPB Policy Brief 2011/11, 'Trends in gezondheid en zorg' en het bijbehorende achtergronddocument 'Decompositie van de zorguitgaven, 1972-2010'.

In het traject Verbetering Informatievoorziening Zorguitgaven worden verschillende maatregelen voorgesteld met als doel de monitoring en verklaring van de zorguitgaven te verbeteren. Ondermeer is er een pilot gestart met het ontsluiten van zorgdeclaratiegegevens van Vektis.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over transparantie m.b.t. overhead, zoals reclame en management consultants.

Zoals in het Algemeen Overleg op 5 november jongstleden is besproken, zijn ziekenhuizen private organisaties die niet kunnen worden gedwongen om bepaalde informatie over hun bedrijfsvoering openbaar te maken. Zoals dat ook niet kan bij andere private organisaties. Wanneer zorgaanbieders te veel geld aan overhead, externe advisering enzovoorts zouden uitgeven, worden zij relatief te duur en prijzen ze zichzelf in hun onderhandelingen met de verzekeraars uit de markt.

In de curatieve zorg is het de taak van zorgverzekeraars om betaalbare en doelmatige zorg in te kopen. Scherpere inkoop door zorgverzekeraars én de met de veldpartijen in de Hoofdlijnenakkoorden gemaakte afspraken over beheerste uitgavenontwikkeling nopen zorginstellingen scherp op de kosten te letten en de bureaucratie te beperken.

Het is ons ook niet bekend hoeveel geld er aan 'bureaucratie' wordt uitgegeven, net zomin als we weten wat de kosten zijn voor managers en adviesbureaus.

Wij scharen de kapitaalslasten overigens niet onder 'bureaucratie', in bijvoorbeeld de langdurige zorg geldt dat de omvang van de kapitaalslasten ongeveer overeenkomt met 10% van de zorgkosten van de intramurale instellingen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over hoeveel geld er gaat naar bureaucratie.

Zoals in het Algemeen Overleg op 5 november jongstleden is besproken, zijn ziekenhuizen private organisaties die niet kunnen worden gedwongen om bepaalde informatie over hun bedrijfsvoering openbaar te maken. Zoals dat ook niet kan bij andere private organisaties. Wanneer zorgaanbieders te veel geld aan overhead, externe advisering enzovoorts zouden uitgeven, worden zij relatief te duur en prijzen ze zichzelf in hun onderhandelingen met de verzekeraars uit de markt.

In de curatieve zorg is het de taak van zorgverzekeraars om betaalbare en doelmatige zorg in te kopen. Scherpere inkoop door zorgverzekeraars én de met de veldpartijen in de Hoofdlijnenakkoorden gemaakte afspraken over beheerste uitgavenontwikkeling nopen zorginstellingen scherp op de kosten te letten en de bureaucratie te beperken.

Het is ons ook niet bekend hoeveel geld er aan 'bureaucratie' wordt uitgegeven, net zomin als we weten wat de kosten zijn voor managers en adviesbureaus.

Wij scharen de kapitaalslasten overigens niet onder 'bureaucratie', in bijvoorbeeld de langdurige zorg geldt dat de omvang van de kapitaalslasten ongeveer overeenkomt met 10% van de zorgkosten van de intramurale instellingen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over verzekeraars die in hun contracten opnemen dat aanbieders niet mogen praten over de voorwaarden van contracten.

In de basis zijn dit private afspraken tussen private partijen en is het niet aan mij om hier een oordeel over te hebben. Overigens vermoed ik dat het lid Leijten hierbij doelt op een bericht op nu.nl uit oktober 2013. Zoals ik ook bij de behandeling van het wetsvoorstel 'verbod verticale integratie' in de Tweede Kamer heb aangegeven bleek destijds dat bij één verzekeraar sprake was van een verouderde bepaling, waarin was opgenomen dat zorgverleners zich 'niet negatief' mogen uitlaten over de verzekeraar. Die bepaling is toen direct geschrapt. Uit navraag bij ZN bleek destijds dat, voor zover bekend, overige zorgverzekeraars dergelijke bepalingen niet in hun inkoopcontracten hebben opgenomen. Er zijn mij geen berichten bekend dat verzekeraars sindsdien dergelijke voorwaarden in contracten hebben opgenomen, maar ik zal dat nog nagaan.

Openheid over prijzen voor een ziekenhuisbehandeling moet wel worden gegeven als de patiënt daarom vraagt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over het screeningsinstrument.

Het is niet zo dat ik wat betreft het screeningsinstrument achter de zorgverzekeraar sta in plaats van achter de huisarts. Het past in dit zorgstelsel dat zorgverzekeraars in de contractering randvoorwaarden stellen voordat zij tot contractering of financiering overgaan. In dit geval geven zij aan dat het screeningsinstrument een hulpmiddel is om tot verwijzing te komen. Het instrument ondersteunt de klinische blik van de zorgprofessional en stelt ook specifiek een aantal vragen over het beeld dat de professional van de patiënt heeft. Het treedt niet in de plaats van de verwijzing, evenmin bepaalt het de verwijzing. Het is geen vereiste dat het advies op basis van dit instrument, over de best passende zorg, per definitie wordt gevolgd door de zorgaanbieder. Zorgverzekeraars bepalen daarmee niet welke behandeling een patiënt krijgt. De screeningsinstrumenten combineren elementen uit gevalideerde vragenlijsten die reeds nu gebruikt worden door zowel huisartsen als GGZ-aanbieders. Het is overigens niet het instrument van de verzekeraar: het is een instrument dat is ontwikkeld voor en door het veld zelf.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over wat de minister vindt van het idee om de Zorgverzekeringswet om te vormen naar een publieke voorziening en hoe het kan dat bepaalde verzekeringspolissen een vergoedingspercentage van 50% hanteren voor niet-gecontracteerde zorg.

De SP stelt voor om het private karakter van de Zorgverzekeringswet op te heffen en de basisverzekering vanaf 2016 publiek te maken. Er is in Nederland in 2006 gekozen voor een privaatrechtelijke verzekering met daarbij een aantal randvoorwaarden ter borging van het

sociale karakter van de verzekering (de acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht, zorgtoeslag, risicoverevening). De Zorgverzekeringswet beoogt dat verzekeraars optreden als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders, als het gaat over de prijs, kwaliteit en organisatie van de zorg. Iedere burger heeft de mogelijkheid een verzekeringsovereenkomst te sluiten met de zorgverzekeraar van zijn of haar keuze. Hij kan jaarlijks 'stemmen met de voeten' en dat prikkelt verzekeraars tot het aanbieden van een goede en scherp geprijsde zorgverzekering. Met het oog op de polis van 2014 zijn niet minder dan 1,1 miljoen mensen overgestapt.

De eisen die verzekeraars en consumenten stellen, stimuleren zorgaanbieders om meer prestatiegericht te gaan werken. De SP stelt voor om een Landelijke Zorgvoorziening op te richten die in de plaats komt van de verzekeraars. Het is de vraag in hoeverre een dergelijke staatsorganisatie zorgaanbieders stimuleert tot doelmatige en kwalitatieve zorg tegen een scherpe prijs. Verzekerden zullen zijn 'veroordeeld' tot deze organisatie en kunnen niet kiezen voor een ander indien de dienstverlening ondermaats blijkt te zijn. Datzelfde geldt overigens ook voor aanbieders. Ook zij zullen dan te maken krijgen met maar 1 inkoper die de contractvoorwaarden dicteert [dat is pas echt tekenen bij het kruisje]. Ik ben derhalve geen voorstander van dit idee.

De tweede vraag gaat over de hoogte van het vergoedingspercentage voor niet-gecontracteerde zorg (artikel 13 Zorgverzekeringswet). De Hoge Raad heeft afgelopen zomer in een zaak tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder bepaald dat het huidige artikel 13 Zorgverzekeringswet zodanig geïnterpreteerd moet worden dat de vergoeding voor niet gecontracteerde zorg (zolang het wetsvoorstel waarmee artikel 13 Zorgverzekeringswet wordt gewijzigd niet tot wet is verheven en in werking treedt) niet zodanig laag mag zijn dat dit een hinderpaal vormt voor de verzekerde om zich tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van zijn keuze te wenden. De uitspraak van de Hoge Raad heeft niet het verplichtende karakter waardoor alle verzekeraars in hun polisvoorwaarden nu een vergoedingspercentage 75-80% op moeten nemen voor niet-gecontracteerde zorg. In welke mate een vergoeding een hinderpaal vormt kan voor verschillende vormen van zorg namelijk anders uitpakken. Het is aan de rechter om per specifieke situatie te bepalen of de hoogte van de vergoeding wel of geen hinderpaal vormt, met inachtneming van de uitspraak van de Hoge Raad.

Verzekeraars kunnen in hun polis dus een vergoedingspercentage van 50-60% opnemen, maar in concrete gevallen zou dit kunnen betekenen dat de rechter op een later moment oordeelt dat er sprake is van een hinderpaal en op dat moment dient de verzekeraar het vergoedingspercentage te verhogen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over kinderen tussen wal en schip. Door de decentralisaties worden gemeenten verantwoordelijk voor een groot deel van de zorg. Hierdoor kunnen gemeenten gemakkelijker een integraal aanbod doen op het moment dat een kind zorg nodig heeft. De aanpak voor kinderen met een meervoudige problematiek is in het huidige stelsel en in het gedecentraliseerde stelsel ingewikkelder, omdat er voor hen een zorgaanbod op maat gecreëerd zal moeten worden. Dit is primair de verantwoordelijkheid van de gemeenten. VWS zal, in overleg met VenJ, een landelijk meldpunt inrichten waar cliënten vanaf 1 januari terecht kunnen met klachten en signalen over de transitie zoals onder andere over kinderen die tussen wal en schip dreigen te vallen. Zo mogelijk wordt aangesloten bij een bestaand meldpunt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over de stand van zaken rondom het PGB en over het achteraf betalen van pgb-hulpverleners. Net als iedereen krijgen budgethouders door de hervorming van de zorg te maken met veranderingen. Per Saldo ontvangt veel telefoontjes van bezorgde budgethouders. Vele budgethouders hebben inmiddels duidelijkheid over het domein waaronder zij vallen en wat in dat domein de geldende regels zijn. Vaak zijn de veranderingen per 1 januari 2015 beperkt doordat sprake is van overgangsrecht. In alle domeinen is afgesproken dat de budgethouder zijn pgb tijdens een overgangperiode sowieso houdt. De hoogte van pgb wordt bij een doorlopende indicatie in 2015 geëerbiedigd in de Wlz, Wmo en Jeugdwet. Bij het Zvw-rgb geldt wel dat de tarieven lager kunnen worden vastgesteld, maar ook dat deze toereikend moeten zijn voor in het inkopen van benodigde zorg. Daar staat overigens tegenover dat de eigen bijdrage die nu in rekening wordt gebracht vervalt.

Ten aanzien van de uitbetaling van het pgb verandert er ook het een en ander. Voor pgb's in de Wlz, Wmo en Jeugdwet wordt het trekkingsrecht ingevoerd. Budgethouders krijgen het geld niet langer direct op hun eigen rekening. Uitgangspunt van het trekkingsrecht is dat op basis van een zorgovereenkomst en een factuur direct door de budgethouder kan worden gedeclareerd nadat de zorg is verleend. De SVB betaalt in 5 dagen uit. In geval van een vast aantal uur verleende zorg per maand kan ook worden afgesproken dat de SVB het vaste bedrag voor het einde van de maand, omstreeks de reguliere betaaldatum van salarissen, aan de hulpverlener uitbetaalt. Het pgb in de Zorgverzekeringswet wordt uitgevoerd volgens het reeds bestaande restitutiesysteem in dat domein. Ook in geval van een Zvw-rgb wordt de zorgverlener betaald, nadat de zorg is verleend. Betaling gebeurt op basis van declaratie die bij de zorgverzekeraar is ingediend. Zorgverzekeraars en de SVB zijn op dit moment in overleg om dat proces optimaal in te richten.

Enkele budgethouders zijn gewend om, voordat de zorg is geleverd, hulpverleners te betalen. Het is vervelend dat dit nu niet meer mogelijk is, maar het is anderzijds logisch dat pas nadat de prestatie is geleverd, wordt betaald. Ook nu wordt het merendeel van de zorgverleners pas tegen einde van de maand betaald of nadat de zorg is verleend.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Leijten (SP) over de mogelijkheden om ouderenvoorziening op Ameland in stand te houden. Het is van belang dat vooral lokaal en regionaal goed wordt nagedacht welke voorzieningen lokaal nodig zijn op het gebied van wonen, zorg en welzijn en dat daarbij ook gezocht wordt naar mogelijkheden om te combineren. Diverse voorzieningen die nu intramuraal worden geboden, kunnen ook op een andere manier worden georganiseerd. Om de regionale samenwerking te bevorderen worden vanuit VWS de regionale tafels georganiseerd en hebben VWS en BZK samen het aanjaagteam "langer zelfstandig wonen" in het leven geroepen. Een eventuele sluiting van een voorziening kan in een kleine gemeenschap een grotere impact hebben dan elders, maar daar staat tegenover dat juist in kleine gemeenschappen partijen (gemeente, woningcorporaties, zorgaanbieders en burgers) elkaar vaak goed weten te vinden en in overleg zoeken naar passende oplossingen die bijdragen aan een goede samenhang tussen wonen, zorg en welzijn. Ik zal het aanjaagteam van de heer Norder vragen in gesprek te gaan met Ameland over de knelpunten en kansen aldaar.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Ark (VVD) over “Moet alles wat kan”? Sinds 2013 hebben verzekeraars en zorgaanbieders, binnen de huidige bekostiging, de mogelijkheid om een tarief af te spreken voor zogenaamd “kijk- en luistergeld”. Deze mogelijkheid is juist gecreëerd om het gesprek tussen arts en patiënt te stimuleren. Op die manier is er meer ruimte voor het gezamenlijk zoeken naar alternatieve oplossingen in plaats van het grijpen naar een medische interventie.

Het thema of alle beschikbare behandelopties moeten worden ingezet, of dat de keuze ook kan zijn om niet te behandelen, is een zeer actueel thema. In verschillende gremia wordt daarover verder nagedacht. De RVZ kwam in 2006 met een rapport over de kosten van een extra levensjaar. De aanvliegroute van de discussie zou naar mijn mening de kwaliteit van leven moeten zijn. De medisch-specialist kijkt naar de patiënt als geheel in plaats van naar het specialisme waar hij voor wordt benaderd. Die de vraag stelt of meer altijd beter is, die op een andere manier het gesprek met de patiënt aangaat over de consequenties van een behandeling, de therapeutische meerwaarde en de effectiviteit. De komende jaren zal dit thema en de inzichten terzake in de zorg actueel blijven.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Ark (VVD) over het meebeslissen van patiënten, hoe we er voor zorgen dat een dergelijk goed voorbeeld uit de praktijk structureel onderdeel wordt van de zorg in Nederland, hoe de ervaringen zijn met de invoering van de DBC van het goede gesprek en wanneer ook andere disciplines het goede gesprek kunnen declareren.

Het bevorderen van meebeslissen van patiënten is een belangrijk onderdeel van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg waaraan op dit moment door de betrokken partijen krachtig uitvoering wordt gegeven. Binnen deze agenda zijn diverse deelprojecten gericht op het ontsluiten van keuze-informatie voor patiënten, het tot stand komen van indicatoren(sets) en het meten en beschikbaar maken van patiëntervaringen en patiëntuitkomsten. Daarmee worden belangrijke randvoorwaarden voor samen beslissen ingevuld. Zo werkt de NPCF bijvoorbeeld samen met de Orde van Medisch Specialisten aan een plan om samen beslissen in elke spreekkamer vanzelfsprekend te laten zijn en zijn beide partijen bezig met het verder ontwikkelen van patiëntuitkomsten. Het is in die samenwerking tussen met name patiëntorganisaties en medisch specialisten dat een belangrijke stap kan worden gezet richting de situatie dat samen beslissen structureel onderdeel wordt van de zorg die geleverd wordt in de Nederlandse spreekkamers.

Het Zorginstituut stimuleert en ondersteunt de ontwikkeling van behandelkeuzehulpen en zorgaanbiederkeuzehulpen. Op kiesBeter.nl wordt de patiënt de weg gewezen naar alle bestaande keuzehulpen. Gezamenlijke besluitvorming heeft echter nog onvoldoende plek gekregen in kwaliteitsstandaarden. Het Zorginstituut heeft de taak de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden aan te jagen en werkt daar ook aan. In haar toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden is een zeer belangrijke eis dat de standaard vanuit het perspectief van de cliënt is opgesteld en gezamenlijk door professionals, verzekeraars en cliënten wordt voorgedragen. Dankzij de kwaliteitsstandaarden, de behandelkeuzehulpen en zorgaanbiederkeuzehulpen zal shared decision making in de spreekkamer meer gemeengoed worden. Ik verwacht dat zorgverzekeraars bij hun inkoop het handelen conform de kwaliteitsstandaarden als voorwaarde gaan stellen. De IGZ kan de kwaliteitsstandaarden betrekken in haar toezicht.

De invoering van de zorgactiviteit 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties' per 1 januari 2014 heeft hiervoor inderdaad een financiële belemmering weggenomen. Deze zorgactiviteit staat overigens nu al voor alle poortspecialismen in de medisch-specialistische zorg open. Er zijn nog geen cijfers bekend over de mate waarin deze zorgactiviteit sinds 1 januari gedeclareerd is. Ik verwacht dat deze cijfers in het voorjaar van 2015 beschikbaar komen. Ik zal de NZa vragen die cijfers nader te analyseren zodat er inzicht ontstaat in het gebruik van de nieuwe zorgactiviteit.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Ark (VVD) over shared decision making: hoe kan deze methode breder, ook voor andere behandelingen dan ivf of hernia, worden toegepast en hoe kan ervoor worden gezorgd dat deze methode ook door professionals elders in het land wordt opgepakt.

Het bevorderen van meebeslissen van patiënten is een belangrijk onderdeel van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg waaraan op dit moment door de betrokken partijen krachtig uitvoering wordt gegeven. Binnen deze agenda zijn diverse deelprojecten gericht op het ontsluiten van keuze-informatie voor patiënten, het tot stand komen van indicatoren(sets) en het meten en beschikbaar maken van patiëntervaringen en patiëntuitkomsten. Daarmee worden belangrijke randvoorwaarden voor samen beslissen ingevuld. Zo werkt de NPCF bijvoorbeeld samen met de Orde van Medisch Specialisten aan een plan om samen beslissen in elke spreekkamer vanzelfsprekend te laten zijn en zijn beide partijen bezig met het verder ontwikkelen van patiëntuitkomsten. Het is in die samenwerking tussen met name patiëntorganisaties en medisch specialisten dat een belangrijke stap kan worden gezet richting de situatie dat samen beslissen structureel onderdeel wordt van de zorg die geleverd wordt in de Nederlandse spreekkamers.

Het Zorginstituut stimuleert en ondersteunt de ontwikkeling van behandelkeuzehulpen en zorgaanbiederkeuzehulpen. Op kiesBeter.nl wordt de patiënt de weg gewezen naar alle bestaande keuzehulpen. Gezamenlijke besluitvorming heeft echter nog onvoldoende plek gekregen in kwaliteitsstandaarden. Het Zorginstituut heeft de taak de totstandkoming van kwaliteitsstandaarden aan te jagen en werkt daar ook aan. In haar toetsingskader voor kwaliteitsstandaarden is een zeer belangrijke eis dat de standaard vanuit het perspectief van de cliënt is opgesteld en gezamenlijk door professionals, verzekeraars en cliënten wordt voorgedragen. Dankzij de kwaliteitsstandaarden, de behandelkeuzehulpen en zorgaanbiederkeuzehulpen zal shared decision making in de spreekkamer meer gemeengoed worden. Ik verwacht dat zorgverzekeraars bij hun inkoop het handelen conform de kwaliteitsstandaarden als voorwaarde gaan stellen. De IGZ kan de kwaliteitsstandaarden betrekken in haar toezicht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Ark (VVD) over de voor- en nadelen van medische zelftesten, van screening.

Preventief zelfonderzoek is een mogelijkheid waar steeds meer mensen gebruik van zullen gaan maken. Als we op een slimme manier inspelen op deze ontwikkelingen, zijn er ook volop kansen voor het vergroten van de zelfredzaamheid. Maar dan moeten mensen wel weten wat ze kopen en moet helder zijn wat de resultaten van een test betekenen.

Ik heb de Gezondheidsraad gevraagd om advies over de kwaliteitseisen waaraan elke vorm van screening zou moeten voldoen. In dit advies worden de voor- en nadelen en de kwaliteitskaders die we voor screening en dus ook voor medische zelftesten nodig hebben, meegenomen. Ik verwacht dit advies in januari 2015.

Ik heb geen signalen dat hulpapp's op dit moment tot onrust, verlies van kwaliteit van leven of onnodige artsbezoeken leiden. Veel van deze app's geven juist toegang tot informatie die mensen helpt om de afweging te maken of ze wel of niet naar de dokter moeten gaan. De staatssecretaris en ik hebben Nictiz en Nivel, die jaarlijks gezamenlijk de e-healthmonitor uitvoeren, gevraagd hierin ook aandacht te besteden aan mogelijk ongewenste effecten door het gebruik van app's. Dit wordt meegenomen in de volgende versie van de e-healthmonitor, die in de tweede helft van 2015 verschijnt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Ark (VVD) over de laatste stand van zaken rondom de adviescommissie voltooid leven over de juridische mogelijkheden en maatschappelijke wenselijkheid van hulp van zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten.

De commissie is inmiddels enkele keren bij elkaar gekomen en zal rond de zomer van 2015 haar rapport gereed hebben.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van Ark (VVD) over de uitwerking/ implementatie van de uitkomsten van de werkgroep schriftelijke wilsverklaring.

De ambtelijke werkgroep werkt nu - na een analyse van de parlementaire geschiedenis en na een juridische analyse - aan twee handreikingen voor schriftelijke wilsverklaringen bij euthanasie:

- een handreiking voor artsen en andere zorgprofessionals en
- een handreiking voor patiënten en burgers.

Bij de totstandkoming van deze handreikingen zijn nadrukkelijk veldpartijen, patiëntenvertegenwoordigers en anderen betrokken. Ook zal binnenkort met verschillende patiënten- en ouderenorganisaties gesproken worden over verscheidene vraagstukken rondom het levenseinde. Dan zal ook specifiek aandacht worden besteed aan de schriftelijke wilsverklaring.

Op deze manier worden goede handreikingen opgesteld die duidelijkheid bieden aan zowel artsen, andere zorgverleners als aan patiënten en burgers.

De ambtelijke werkgroep zal bovendien aandacht besteden aan de verspreiding van de handreikingen. Hierbij wordt onder meer gedacht aan verspreiding via huisartsen en patiëntenorganisaties. Over deze verspreiding wordt u – zoals ook toegezegd tijdens het verzamel AO Euthanasie van 12 november jl. – in het voorjaar van 2015 nader geïnformeerd. Antwoord op de vraag van het Kamerlid Rutte (VVD) over de inzet en financiering van de praktijkondersteuner ouderenzorg in de huisartsenpraktijk.

Ik vind het van groot belang dat (kwetsbare) ouderen met hun zorgvragen in de eerstelijns terecht kunnen en zo veel mogelijk wordt voorkomen dat zij onnodig zwaardere zorg, zoals het ziekenhuis, nodig hebben. Daarin hebben verschillende professionals een rol, waaronder de huisarts, de praktijkondersteuners, de wijkverpleegkundige en de specialist ouderengeneeskunde. Hun inzet moet in samenhang worden gezien, en vooral de taakverdeling tussen de praktijkondersteuner en de wijkverpleegkundige verdient daarbij aandacht. Waar zij mensen kunnen helpen, houdt de huisarts de handen vrij voor andere patiënten. De inzet van de praktijkondersteuner ouderenzorg is nog geen gemeengoed in Nederland, maar ik ken een aantal veelbelovende pilots in het land die hiermee aan de slag zijn. Daar worden afspraken gemaakt die aansluiten op de lokale situatie. Op dit moment werken de partijen van het bestuurlijk akkoord eerste lijn aan een plan om een zorgprogramma voor kwetsbare ouderen te ontwikkelen, dat landelijk gebruikt kan worden en een flinke impuls kan gaan geven aan integrale zorg voor kwetsbare ouderen in de eerste lijn. De praktijkondersteuner ouderenzorg kan en wordt door zorgverzekeraars gecontracteerd via de multidisciplinaire ketenzorg voor chronisch zieken en via

zorgvernieuwing. In de financiering van de multidisciplinaire zorg is voor de komende jaren 2,5% groeirimte beschikbaar, die ook ingezet kan worden voor de POH-ouderenzorg. Daarnaast kunnen verzekeraars dit eventueel via substitutie bewerkstelligen, door het hierdoor bespaarde geld uit andere sectoren in de zorg (bijvoorbeeld ziekenhuizen) in te zetten.

Ik zal in het Bestuurlijk Overleg expliciet aandacht vragen voor de rol die de PoH ouderenzorg kan spelen in opvang van de toenemende vraag naar zorg van ouderen in de eerste lijn in het kader van het genoemde plan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Rutte (VVD) over bewezen effectieve handelingen. De heer Rutte wilt dat zorg effectief is. Dit wil ik ook en daar zet ik mij samen met de verschillende partijen sterk voor in. Ik onderschrijf dan ook de verschillende rollen en de gedeelde verantwoordelijkheid die de partijen hierin hebben.

Er is mede door de beroepsgroepen in de afgelopen periode veel werk verzet en een infrastructuur neergezet om het medisch handelen meer dan vroeger een evidence based grondslag te geven. Richtlijnenontwikkeling, richtlijnendatabases en strakke methodiek van richtlijnontwikkeling zijn aanwinsten waarvoor het veld complimenten verdient. Ook de zorgverzekeraars zijn meer dan vroeger bezig om hun zorginkoop te baseren op kwaliteit en dus richtlijnen.

Met betrekking tot de evaluatie van zorg wordt er momenteel reeds een behoorlijk bedrag beschikbaar gesteld vanuit de rijksoverheid: via programma's ZonMw, onderzoeken die vanuit de academische component worden gefinancierd en programma's van de OMS, NFU en de NPCF. Daarnaast kan de structurele doorlichting van het basispakket door het Zorginstituut aan het licht brengen dat zorg wordt geleverd die niet tot het te verzekeren pakket behoort. Dit geeft ook het belang aan dat het kabinet hieraan hecht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Rutte Arno (VVD) hoe ik aankijk tegen de bewering dat de huidige declaratiesystematiek met prestatiebekostiging het leveren van ondoelmatige zorg in de hand werkt, en dat daarom de systematiek herzien moet worden.

Prestatiebekostiging is juist ingevoerd om het leveren van goede en doelmatige zorg te stimuleren. Met de invoering van prestatiebekostiging is het immers niet meer zo dat hoe meer verrichtingen worden geleverd, hoe hoger de vergoeding voor de zorgaanbieders is. In plaats daarvan wordt zorg vergoed op basis van de diagnose en de behandeling die daarbij hoort. Met de invoering van DOT is het aantal declarabele zorgproducten flink afgenomen en zijn prikkels voor ondoelmatig declaratiegedrag voor een belangrijk deel ondervangen, onder andere door de invoering van vaste afsluitregels en automatische afleiding van het juiste DOT-zorgproduct. Medisch specialisten kunnen niet meer zelf een DBC sluiten en een nieuwe openen voor dezelfde zorgvraag: de meeste DBC's sluiten automatisch na het laatste contact met de patiënt. Bovendien wordt het DOT-zorgproduct niet meer door de medisch specialist gekozen, maar leidt een onafhankelijk computersysteem (de grouper) af welk DOT-zorgproduct recht doet aan de geregistreerde diagnose en de behandeling.

Verzekeraars hebben steeds meer mogelijkheden om scherp zorg in te kopen voor hun verzekerden, op basis van prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de behandeling. De invoering van prestatiebekostiging, het vervallen van de collectieve afspraken, de vergroting van de mogelijkheden tot prijsonderhandeling, het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars, hebben alle geleid tot een actievere rol voor verzekeraars. Dit is ook bevestigd in het lopende bestuurlijk hoofdlijnenakkoord, waarin bovendien het bevorderen van gepast gebruik en het terugdringen van praktijkvariatie en daarmee van onnodige zorg, een belangrijk speerpunt is.

Ik ben dus helemaal niet ontevreden over de huidige systematiek, maar tegelijkertijd zie ik die ook niet als eindstation. Meer dan nu moet het praktijk worden dat zorgzwaarte, kwaliteit en de uitkomst van de zorg een rol kunnen spelen bij de vergoeding van de geleverde zorg. De kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg zal daarin een belangrijke eerste stap betekenen. Een volgende stap is kijken naar de bekostigingssystematiek, waarbij ik wel oog houd voor de veelgehoorde roep om rust in de sector als het om bekostigingswijzigingen gaat.

Het Kamerlid Rutte (VVD) vraagt mij of ik het inzicht deel dat er in heel Nederland inspirerende projecten plaatsvinden en of ik het ermee eens ben dat kennis en ervaring uit deze projecten gedeeld moet worden.

Het inzicht dat er in het land prachtige lokale en regionale initiatieven zijn die bijdragen aan de kwaliteit van leven van mensen deel ik. De staatssecretaris en ik vinden het van belang dat partijen lokaal de ruimte hebben om zorg en ondersteuning op een slimme manier te organiseren. Wij zien veel voorbeelden dat dit ook gebeurt. Zo was de staatssecretaris vorige week maandag nog op bezoek bij de coöperatie Slimmer Leven in Eindhoven, waar hij onder de indruk was hoe eenvoudig sommige oplossingen kunnen zijn en wat een positieve impact deze hebben op de kwaliteit van leven van de mensen die deelnemen.

Het is zonde als partijen onnodig zelf het wiel uitvinden, maar het is ook ongewenst om ruimte voor lokaal maatwerk te beperken. De staatssecretaris en ik hebben in onze brief 'e-health en zorgverbetering' aangegeven hoe wij ons inzetten voor ondersteuning van implementatie en kennisdeling op dit gebied. Dit doen wij onder meer via het programma 'In voor Zorg & Ondersteuning' en 'zorgvoorinnoveren.nl'.

Nog belangrijker zijn de doelstellingen die in genoemde brief worden gesteld en die een enorme impuls kunnen betekenen voor het werk (hoe wordt aan het veld overgelaten). Deze doelstellingen moeten bijdragen aan de brede implementatie van bestaande technologie.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Rutte (VVD) over belang van huisbezoeken bij pgb-houders ook na 2014.

Ik deel met de fractie van de VVD het belang van huisbezoeken bij pgb-houders door zorgkantoren. Ook deel ik met de fractie van de VVD dat huisbezoeken bijdragen aan de kwaliteit doordat ze een moment van evaluatie en voorlichting bieden en aan de andere kant foute besteding en fraude tegengaan. Zorgkantoren hebben bij mij aangegeven ook graag een vervolg te willen geven aan de huisbezoeken in het kader van de Wlz. Ik ga er dan ook vanuit dat zorgkantoren hier prioriteit aan zullen toekennen. Ik zal alsnog binnen het kader beheerskosten middelen hiervoor beschikbaar stellen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Rutte (VVD) over cofinanciering van zorgevaluaties door zorgverzekeraars:

Ik kan de zorgverzekeraars niet verplichten om evaluaties mee te financieren. Wel steun ik het idee dat zorgverzekeraars hieraan mee gaan financieren. ZonMw voert nu al actief gesprekken met onder meer verzekeraars over de vraag of zij kunnen en willen investeren in zorgevaluaties of implementatieonderzoek en zo ja, hoe. Overigens worden al eerste stappen gezet door zorgverzekeraars die via ZonMw onderzoek willen uitzetten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Rutte Arno (VVD) over de implementatieproblemen bij het pgb in de Zorgverzekeringswet.

In aanloop naar 1 januari 2015 wordt door de verschillende betrokken partijen hard gewerkt om ervoor te zorgen dat het pgb in de Zorgverzekeringswet vanaf 1 januari goed van start kan gaan. Zo zijn zorgverzekeraars en SVB op dit moment in afrondend stadium in overleg om het proces rond de ondersteuning van werkgeverstaken, waaronder het uitbetalen van de declaratie, optimaal in te richten. Zorgverzekeraars zijn vanaf 7 november gestart met het versturen van brieven aan verzekerden om hen te informeren over de wijzigingen, waaronder de tarieven die zij zullen hanteren bij de vaststelling van het Zvw-pgb. En er is door VWS, Per Saldo en Zorgverzekeraars Nederland gesproken over de invoering van het niet-professionele tarief, mede met het oog op het signaal van Per Saldo over de consequenties voor lopende contracten. De signalen die de afgelopen weken zijn afgegeven over punten die nog niet goed geregeld zouden zijn per 1 januari 2015, zijn dan ook allemaal opgepakt.

Over het niet-professionele tarief kan ik u inmiddels melden dat de minister en ik een overgangstermijn willen treffen voor de invoering van het niet-professionele tarief. Die overgangstermijn houdt in dat alle verzekerden die op 31 december 2014 niet-professionele zorg inkopen, tot 1 mei 2015 dezelfde vergoeding ontvangen voor deze niet-professionele

zorg, als zij onder de AWBZ kregen. Vanaf 1 mei 2015 zal het niet-professionele tarief voor iedereen gelden die zorg inzet die niet beroeps- of bedrijfsmatig wordt verleend, zoals bedoeld in de Wmg. Verzekerden hebben daarmee voldoende tijd om hun lopende contracten aan te passen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het aantal gemeenten waar huishoudelijke hulp stopt en niet meer wordt aangeboden.
Het kan niet zo zijn dat gemeenten dit niet meer aanbieden. Als huishoudelijke hulp voor een burger passende ondersteuning is moet de gemeente dit bieden. Als blijkt dat gemeenten hier wel mee stoppen, dan zal ik de gemeente daar op aanspreken. Overigens: 97% van de gemeenten heeft een aanvraag voor Huishoudelijke Hulp toelage ingediend.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over het aantal gemeenten dat geen dagbesteding meer aanbiedt.
De Wmo 2015 verplicht gemeenten, op basis van een zorgvuldig proces waarin het individueel onderzoek centraal staat, passende ondersteuning te bieden die mensen in staat stelt zo lang als mogelijk thuis te blijven wonen. De aanwezigheid van goede en toegankelijke voorzieningen in de buurt, zoals begeleiding en dagbesteding zijn een belangrijke voorwaarde voor het versterken van de zelfredzaamheid en participatie van mensen. Voor het mogelijk maken van goede en toegankelijke vormen van begeleiding en dagbesteding zijn in de begroting extra middelen beschikbaar gesteld¹. Het komt dan ook niet voor dat gemeenten geen dagbesteding meer aanbieden. Gemeenten zijn wel vrij in de vorm waarin dit beschikbaar wordt gesteld.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over onzekerheid bij pgb-gefinancierde wooninitiatieven.
Ik heb signalen gekregen dat sommige wooninitiatieven gewend zijn om te worden betaald voorafgaand aan de maand waarin de zorg wordt verleend. Omdat de budgethouders die er wonen met ingang van 2015 op de eerste van de volgende maand op hun trekkingsrecht kunnen declareren bij de SVB en de SVB daarop 5 dagen heeft om te betalen, ontstaat een periode dat wooninitiatieven geen inkomsten hebben. Dit is onlangs met betrokken partijen besproken. Hieruit bleek dat veel wooninitiatieven reeds gewend zijn om achteraf een factuur te sturen aan de budgethouder. Anderen hebben zich op de nieuwe situatie voorbereid of hebben een buffer. Het is zaak dat budgethouders tijdig declareren. In geval van een vast maandbedrag en een arbeidsovereenkomst kan worden afgesproken dat tegen einde van de maand de SVB uitbetaalt. Overigens is het logisch dat een budgethouder pas betaalt nadat de zorg is geleverd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Agema (PVV) over de beleidsbrief informele zorg en of de plannen – in combinatie met de bezuinigingen op huishoudelijke hulp, begeleiding en dagbesteding etc. – het werk van de mantelzorgers zullen verlichten.
In deze beleidsbrief geef ik aan dat mijn beleid mede is gericht op het verlichten van het werk van de mantelzorgers. De fysieke en emotionele belasting die het bieden van mantelzorg met zich meebrengen, mag er niet toe leiden dat zij hier zelf schade van ondervinden. Om die reden is integraal maatwerk richting cliënt én diens mantelzorger een belangrijk uitgangspunt in de Wmo 2015 zodat op gemeentelijk niveau voldoende oog is voor de draagkracht en draaglast van de mantelzorger. Goed respijtbeleid door gemeenten is daarbij van belang. De Wmo 2015 stelt gemeenten in staat door maatwerk, zorg- en ondersteuningsvragen passender op te lossen, dichterbij en meer samen met de burger en zijn of haar omgeving. In 2014 zijn 6 miljoen van de 11 miljoen extra middelen voor 2014 (ter uitvoering van de motie van de leden Van der Staaij c.s.²) beschikbaar gesteld aan gemeenten om in 2014 activiteiten in te zetten ter verbetering van de ondersteuning van de individuele mantelzorger.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over of de minister onderzoek wil doen naar of de Nederlandse burger vindt dat het Nederlandse zorgstelsel tot de top van de

1 Kamerstuk 30597, nr. 435

2 Kamerstuk 33 750-XVI, nr. 43.

wereld behoort.

Jaarlijks laat ik de International Health Policy Survey uitvoeren. Afwisselend worden huisartsen, patiënten en chronisch zieken bevroegd over hun mening over de Nederlandse zorg. De Nederlandse antwoorden worden vervolgens vergeleken met antwoorden uit andere Westerse landen. Deze enquête zal achtereenvolgens onder burgers, 55-plussers en huisartsen worden gehouden. Onderdeel van de enquête die burgers in 2013 invulden was hun mening over het Nederlandse gezondheidszorgsysteem. 49 procent van de 1000 Nederlandse respondenten gaf daarbij aan dat het gezondheidszorgsysteem in grote lijnen goed werkt, 43 procent van de respondenten gaf aan dat het essentiële veranderingen nodig waren om het systeem te verbeteren en 5 procent vond dat het systeem helemaal opnieuw moet worden ingericht. Dit eerste percentage varieerde van 39 tot 61 procent internationaal, dit laatste percentage varieerde van 4 tot 26 procent. Ook specifieke aspecten van het gezondheidszorgsysteem worden in de International Health Policy Survey onderzocht. Zo beoordeelde in 2013 bijna 70% van de Nederlanders de huisartsenzorg als 'uitstekend' of 'zeer goed'. Hoe de Nederlandse gezondheidszorg internationaal gezien scoort wordt ook door diverse andere organisaties onderzocht. Zo geeft het RIVM in de Zorgbalans een overzicht van veel internationale indicatoren en doet de OECD regelmatig onderzoek. Ook zijn er internationale rankings van zorgsystemen. Op een bekende ranking, de European Health Consumer Index, scoort het Nederlandse systeem al jaren het beste.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over het maken van een wet om afkoopsommen/ontslagvergoedingen en bonussen in de zorg te verbieden als een zorginstelling onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) staat.

Op 1 januari 2013 is de Wet Normering Topinkomens in werking getreden. Die wet geldt voor topfunctionarissen in aangewezen publieke en semipublieke sectoren waaronder de zorg. Op grond van die wet zijn bonussen verboden. Tevens is in die wet geregeld dat ontslagvergoedingen niet hoger mogen zijn dan €75.000. De gevraagde wet bestaat dus al, zij het in iets andere/ruimere vorm.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over de vraag wat er is gebeurd met de € 350 mln fraude die de zorgverzekeraars naar hun zeggen hebben opgespoord? Het terugvorderen maakt deel uit van het beleid van de zorgverzekeraars om zo zuinig mogelijk met zorggelden om te gaan en niet meer uit te geven dan nodig is, en alleen uit te geven als er een aanspraak voor geldt vanuit de basisverzekering en de patiënt voldoet aan de criteria.

De premieontwikkeling wordt bepaald door vele factoren. Een belangrijke reden voor de premiestijging in 2015 is de overheveling van de langdurige zorg (zoals wijkverpleging). Via de rijksbijdrage wordt bereikt dat de premiestijging wordt uitgesmeerd over vijf jaar. Daardoor wordt de premiestijging in 2015 niet (maximaal) € 100, maar maximaal € 20 op jaarbasis.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over zorgverzekeraars te verplichten winst, boven Solvency II, terug te geven.

Zorgverzekeraars zijn gehouden aan de Wet op het financieel toezicht en daarmee aan de Europese richtlijnen/verordeningen voor (schade)verzekeringen. De Europese dimensie wordt sterk bepaald door toegankelijkheid van de nationale markten door organisaties uit de gehele EU. Beperking van de reserves door bijvoorbeeld maximum solvabiliteitseisen is geen onderdeel van het huidige stelsel en kunnen door de EC aangemerkt worden als een belemmerende regeling voor niet-Nederlandse verzekeraars die op de Nederlandse (zorg-) verzekeringsmarkt toe willen treden.

Daarnaast zijn reserves bij zorgverzekeraars noodzakelijk voor een gezonde financiële positie van de verzekeraar, waarmee de zorgplicht ook in mindere periodes kan worden nagekomen. Hierbij houden zorgverzekeraars rekening met toekomstige ontwikkelingen en onzekerheden die hun financiële bedrijfsvoering kunnen beïnvloeden, zoals de verhoging van de minimale solvabiliteitseisen door Solvency II en de overhevelingen vanuit de AWBZ. Met het oog op het belang van een stabiele premieontwikkeling en met het oog op een gezond financieel huishouden van de verzekeraar is het gewenst om enige ruimte te hebben ten opzichte van het minimum om te voorkomen dat zij door incidentele ontwikkelingen op

enig moment onder de vereiste normen schieten. Immers in het geval een zorgverzekeraar niet aan de solvabiliteitseisen voldoet, heeft DNB – als uiterste middel – de bevoegdheid om de vergunning in te trekken. Mede hierdoor zullen reserves van zorgverzekeraars altijd hoger zijn dan wettelijk vereist.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over het beleggen van winst door zorgverzekeraars.

Ik deel de stelling niet dat zorgverzekeraars gokken met ons geld. Zorgverzekeraars voldoen aan de regels die de toezichthouder op dit punt stelt. In de regelgeving zijn beperkingen voor zorgverzekeraars ten aanzien van beleggingsbeleid. Dit staat in het "Prudent person"-beginsel in de Solvency-richtlijn. In de richtlijn staat dat alle activa, en met name die ter dekking van het minimumkapitaalvereiste en het solvabiliteitskapitaalvereiste, zodanig worden belegd dat de veiligheid, de kwaliteit, de liquiditeit en het rendement van de portefeuille als geheel gewaarborgd zijn.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over verlaging eigen risico en maximering reserves.

Verlaging van het eigen risico naar € 230 kost naar schatting € 1,1 miljard. De totale zorguitgaven blijven gelijk en de financiering zal elders vandaan moeten komen. Ik ben met mevrouw Klever eens dat het belangrijk is om onterechte en gefraudeerde declaraties op te sporen, maar op die wijze zijn we niet in staat om dekking te vinden voor het structureel verlagen van het eigen risico naar €230. De zorgkosten zullen naar verwachting ook in de toekomst nog toenemen. Een permanent lager eigen risico leidt dan onvermijdelijk tot hogere premies.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Klever (PVV) over de goodwill en het in loondienst brengen van medisch specialisten.

Genoemde regeling vloeit voort uit het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord dat met de brancheorganisaties in de medisch-specialistische zorg is gesloten. De regeling is inmiddels gepubliceerd. Overigens is het nooit de bedoeling geweest om bij de invoering van integrale bekostiging met ingang van 2015 alle specialisten in loondienst te krijgen; deze regeling heeft dat ook niet als doel. Beoogd wordt een evenwichtige keuze aan te bieden voor vrijgevestigde medisch specialisten om vanaf 2015 óf in vrije vestiging werkzaam te blijven, inclusief het lopen van bedrijfsrisico zoals dat in andere sectoren al jaren het geval is, óf in loondienst. Daarnaast geldt in algemene zin dat de commissie Meurs eerder heeft geconcludeerd dat het van overheidswege rechtstreeks afdwingen dat specialisten in loondienst werkzaam zijn op juridische bezwaren stuit.

Fiscaal gezien is de goodwill inderdaad in 10 jaar afgeschreven zoals het lid Klever aangeeft, maar dat betekent niet dat daarna de goodwill geen waarde meer heeft. Zolang nieuw toetredende specialisten bereid zijn om te betalen om te kunnen toetreden is immers sprake van een waarde. Het doet er dan niet toe dat de verkopende partij de goodwill in fiscale zin al heeft afgeschreven. Het gaat om de waarde in het economisch verkeer en niet om de fiscale waarde.

Het lid Klever gaat voorts uit van een onderscheid tussen zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen dat voor de regulering niet bestaat: beide zijn instellingen voor medisch-specialistische zorg. Het is dus niet zo dat er verschillende regimes gehanteerd kunnen worden voor zbc's en ziekenhuizen als het gaat om de wijze waarop specialisten werkzaam zijn binnen die instellingen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over de aanpak van gezondheidsverschillen in het Veenkoloniaal gebied.

Het uitgangspunt van de decentralisatie-uitkering Gezond in de Stad (€10 miljoen in 2014 en €20 miljoen per jaar voor 2015-2017) is om gezondheidsachterstanden aan te pakken, daar waar die het grootst zijn. Om te bepalen waar de gezondheidsachterstanden het grootst zijn, zijn de sociale statusscores van wijken van het Sociaal Cultureel Planbureau gebruikt. Op basis van de SCP statusscores zijn 680 wijken geselecteerd in 165 gemeenten. Hierbinnen vallen 8 van de 11 gemeenten in het Veenkoloniaal gebied. Zij krijgen samen €895,000 per

jaar (2015-2017). We gebruiken dus die gemeenten als startpunt die het het hardst nodig hebben. Ook gemeenten die niet in aanmerking komen voor de GIDS gelden kunnen van elkaar leren, door het uitwisselen van best-practices en effectieve interventies. Op landelijk niveau wordt deze kennis uitgewisseld door middel van het stimuleringsprogramma 'Gezond In...' (uitgevoerd door Pharos en Platform31), dat gekoppeld is aan de GIDS gelden. Het idee om deze aanpak te versterken door een sterk gebiedsgerichte aanpak te ontwikkelen spreekt mij aan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over een goede evaluatie van Wmo-werkplaatsen.

Ik onderschrijf dat we kunnen leren van de ervaringen die door de werkplaatsen in de afgelopen jaren is opgedaan. Ik zeg u daarom toe dat ik een evaluatie zal laten uitvoeren. De resultaten kunnen vervolgens heel goed gebruikt worden bij de verdere noodzakelijke vernieuwing in de Wmo 2015.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over de rookmonitor voor de jeugd. Ik wil de monitoring van roken, drug- en alcoholgebruik stroomlijnen en vereenvoudigen. Kerngegevens over rookgedrag worden jaarlijks verzameld door het CBS via de Gezondheidsenquête die wordt uitgezet onder Nederlanders van 12 jaar en ouder. Daarnaast wordt om de twee jaar een verdiepende leefstijlmodule over onder meer roken uitgevoerd. Er wordt ook afgestemd met de gezondheidsmonitoren die door de GGD-en worden uitgevoerd ten behoeve van het lokale/regionale gezondheidsbeleid. Daarnaast worden specifiek voor de jeugd twee al lang lopende onderzoeken naar middelengebruik, waaronder rookgedrag uitgevoerd, namelijk de HBSC-studie (Health Behaviour of School Aged children) en het Peilstationsonderzoek van het Trimbos-instituut. Over de nieuwe opzet wordt de Kamer voor het kerstreces schriftelijk geïnformeerd. Gelet op het bovenstaande zie ik geen aanleiding om nog een aparte Roken Jeugd Monitor te continueren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over het opnemen van een betaaltitel voor preventie in de Zorgverzekeringswet.

Mevrouw Wolbert heeft gevraagd om een onderzoek naar de (on)mogelijkheden om in de Zorgverzekeringswet een betaaltitel op te nemen waardoor de mogelijkheid wordt gecreëerd dat zorgverzekeraars in overleg met gemeenten gericht preventie gaan vergoeden; ook preventie die niet direct aan een individuele verzekerde is toe te schrijven.

Gelet op het feit dat de Zorgverzekeringswet een individuele schadeverzekering is, kunnen slechts bepaalde vormen van preventie waar een individuele zorgvraag en indicatie aan ten grondslag liggen uit het basispakket worden gefinancierd. Het zou in strijd zijn met het zorgverzekeringsstelsel om ook collectieve preventie uit de basisverzekering te financieren. Dat ligt ook eerder op de weg van de gemeenten, in het kader van de Wet publieke gezondheid. De opdracht is dus vooral om de individuele preventie ex Zorgverzekeringswet en de collectieve preventie ex WPG op lokaal niveau met elkaar te verbinden.

Onder de noemer van 'shared savings' maken zorgverzekeraars en gemeenten ook nu al afspraken over preventieve activiteiten op wijk-/buurniveau. Ik onderzoek op dit moment in hoeverre de nieuwe bekostiging van huisartsenzorg en straks de wijkverpleging hiervoor mogelijkheden biedt.

Ik zal nader inventariseren wat de mogelijkheden zijn die de verschillende wetten al bieden. Ik zal ook inventariseren wat er al loopt en hoe individuele preventieactiviteiten en collectieve preventieactiviteiten daarin een plek vinden en elkaar al dan niet versterken. Ook zal ik bekijken wat er zoal in andere landen gebeurt of op de rol staat.

Ik zal bekijken of er verbeterpunten zijn, nieuwe vormen van preventieactiviteiten kunnen worden ontwikkeld, en knelpunten kunnen worden weggenomen. Dit onderzoek zal als er echt grondig en breed (internationaal) wordt gekeken, een jaar in beslag nemen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Wolbert (PvdA) of de minister en de staatssecretaris willen optreden als ambassadeurs van het meekijkconsult om de kosten te drukken en te verleggen van de tweede lijn naar de eerste lijn.

Ja, we zijn enthousiast over de mogelijkheden die het meekijkconsult kan bieden. In het nieuwe bekostigingsmodel huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, dat per 1 januari 2015 wordt ingevoerd, wordt aan verzekeraars en aanbieders meer ruimte geboden om afspraken

te maken over substitutie van zorg, bijvoorbeeld via de prestatie meekijkconsult. Met deze prestatie krijgen (groepen) huisartsen de mogelijkheid om onder regie van de huisarts een medisch specialist te consulteren of mee te laten kijken, zonder dat sprake is van een doorverwijzing. Wij zijn voorstander van deze vorm van substitutie en maken het daarom mogelijk in de bekostiging. In die zin zijn wij ambassadeurs van het meekijkconsult.

Er zijn diverse manieren waarop invulling gegeven kan worden aan het meekijkconsult, de vorm hoe dit georganiseerd wordt staat partijen vrij. Een voorbeeld hiervan is een groep van huisartsen die periodiek samen met een medisch specialist in de eerste lijn een spreekuur verzorgt specifiek gericht op een bepaalde doelgroep van patiënten (bijvoorbeeld een internist voor kwetsbare ouderen). Door samen spreekuren te houden kan de huisarts leren van de medisch specialist. Door het leereffect is de verwachting dat een huisarts gerichter gaat verwijzen en patiënten minder vaak doorverwezen hoeven te worden naar het ziekenhuis.

Door de consultatie van een medisch specialist, onder regie van de eerste lijn, goed te regelen kan ons inziens een behoorlijk aantal verwijzingen naar de tweede lijn worden voorkomen. Dit draagt niet alleen bij aan de kostenbeheersing van zorg maar ook voor de patiënt is het prettiger als de zorg dicht bij huis georganiseerd kan worden. Nu het meekijkconsult via de reguliere bekostiging mogelijk gemaakt is, is het aan de zorgaanbieders en verzekeraars om hier afspraken over te maken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over haar constatering dat het Zvw-pgb niet goed is geregeld.

Het Kamerlid Wolbert doelt met haar vraag mogelijk op verschillende signalen die de afgelopen weken naar boven zijn gekomen rond de implementatie van het Zvw-pgb. Ik heb hierover gesproken met uw Kamer in het AO Wijkverpleging van 30 oktober jl. Zoals besproken in dat AO wordt over verschillende onderwerpen overleg gevoerd met Per Saldo en ZN. Toegezegd is om de Kamer per brief te informeren over de tarieven en de consequenties voor lopende contracten en over de mogelijkheid om zorg in natura met een pgb te combineren.

Ten aanzien van de tarieven kan ik u inmiddels melden dat er een oplossing is gevonden voor de overgang van verzekerden naar het niet-professionele tarief. De minister en ik willen een overgangstermijn treffen voor de invoering van het niet-professionele tarief. Die overgangstermijn houdt in dat alle verzekerden die op 31 december 2014 niet-professionele zorg inkopen, tot 1 mei 2015 dezelfde vergoeding ontvangen voor deze niet-professionele zorg, als zij onder de AWBZ kregen. Vanaf 1 mei 2015 zal het niet-professionele tarief voor iedereen gelden die zorg inzet die niet beroeps- of bedrijfsmatig wordt verleend, zoals bedoeld in de Wmg. Verzekerden hebben daarmee voldoende tijd om hun lopende contracten aan te passen. Deze overgangsregeling is afgestemd met ZN en Per Saldo. Ik zal u zo spoedig mogelijk informeren over de mogelijkheid om zorg in natura met een pgb te combineren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over het registratiesysteem in het Deltaplan dementie.

De drie pijlers van het Deltaplan zijn: een onderzoeksprogramma (Memorabel), zorginnovatie en sociale innovatie. Onderdeel van de pijler zorginnovatie is de integrale registratie.

Bij de totstandkoming van het Deltaplan Dementie was het uitgangspunt dat de overheid een bijdrage zou leveren voor het onderdeel wetenschappelijk onderzoek. Private partijen zouden zich inzetten voor de financiering van de overige onderdelen.

Overeenkomstig deze opzet heb ik voor de periode van 2013 – 2016 €32,5 miljoen beschikbaar gesteld voor het onderzoeksprogramma Memorabel.

Ik ga er van uit dat de private partijen bereid zijn de onderdelen uit het Deltaplan die zij zich hebben aangetrokken, te financieren, ik zal deze partijen zo nodig op hun verantwoordelijkheid aanspreken en vragen hoe deze inzet gestand gedaan zal worden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het belonen van een extra gesprek met de patiënt en hoe dat in het huidige systeem kan worden vormgegeven.

Het voorkomen van overbehandeling en het bevorderen van gepast gebruik is één van de drie pijlers van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg.

Transparantie en eenduidige, objectieve maten over wat goede en gepaste zorg is draagt bij aan het voorkomen en terugbrengen van onnodig (door)behandelen. Op dat vlak worden door koepelorganisaties, wetenschappelijke verenigingen, ziekenhuizen en medisch specialisten momenteel enorm veel activiteiten ondernomen. Het Zorginstituut heeft in dit proces een belangrijke rol; dat toetst immers kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten aan de hand van een toetsingskader en let daarbij onder andere op de inbreng van patiënten. Het Zorginstituut prioriteert de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en heeft daarbij doorzettingsmacht en kan in een uiterst geval de regie overnemen.

Naast deze inhoudelijke route speelt ook de bekostigingssystematiek een rol bij het verminderen van prikkels om onnodig door te behandelen. Belonen van luisteren en een goed gesprek is zeker mogelijk in de huidige systematiek. Zo kan met ingang van 2014 een

nieuwe zorgactiviteit 'intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties' geregistreerd worden, zodat deze zorg in kaart gebracht en transparant gemaakt kan worden. Hiermee wordt een basis gelegd voor onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars over een passende vergoeding van deze zorg. Ook de invoering van integrale bekostiging met ingang van 2015 geeft, in combinatie met de reeds bestaande vrije tarieven, verzekeraars en aanbieders alle ruimte om voor een goed gesprek eventueel een hoger tarief af te spreken. Vanzelfsprekend is het aan verzekeraars en aanbieders om hier concreet invulling aan te geven.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over een waardige maatschappelijke discussie rond het levenseinde.

Deze discussie wordt verder gebracht door de KNMG handreiking "Tijdig spreken over het levenseinde" die ondersteuning biedt aan artsen bij het spreken over het levenseinde. Daarnaast krijgt de discussie vervolg in het project 'Passende zorg in de laatste levensfase' van de KNMG dat ik ondersteun. Hierover heb ik uw Kamer op 1 juli jl. geïnformeerd (29 689, nr. 535). Bovendien hebben verzekeraars en aanbieders, binnen de huidige bekostiging, de mogelijkheid gekregen om een tarief voor zogenaamd "kijk- en luistergeld" af te spreken. Hiermee is een basis gecreëerd voor een gesprek tussen patiënt en arts, waarbij expliciet de afweging kan worden gemaakt of (verder) behandeld moet worden of niet. Daarmee wordt ook de financiële druk om te behandelen verminderd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over het bieden van informatie rekening houdend met laaggeletterden en het structureel inbedden van goede voorbeelden met openbare en begrijpbare informatie.

Het Kwaliteitsinstituut heeft de opdracht om kwaliteit transparant te maken en ervoor te zorgen dat patiënten in voor hen begrijpelijke taal kunnen lezen wat goede zorg is bij hun aandoening of zorgvraag en hoe goed zorgaanbieders die zorg leveren. Die informatie is terug te vinden via KiesBeter.nl. Ik vind het erg belangrijk dat dit gebeurt en dat er op basis van kwaliteitsstandaarden veel meer keuzehulpen worden ontwikkeld die gezamenlijke besluitvorming ondersteunen.

Het is daarbij belangrijk om rekening te houden met de vaardigheden en mogelijkheden van mensen en dat gebeurt ook steeds meer. De LHV heeft bijvoorbeeld een toolkit voor Omgang met laaggeletterden in de huisartsenpraktijk gemaakt.

Net als de PvdA-fractie vinden de staatssecretaris en ik het van groot belang dat goede informatie meer toegankelijk en beter vindbaar wordt gemaakt voor patiënten en andere geïnteresseerden, zoals familie en omgeving. Nu staat nuttige informatie inderdaad op veel verschillende plekken en is daardoor niet altijd vindbaar. Juist daarom krijgt het breed toegankelijk en makkelijk inzichtelijk maken van dit soort informatie mijn prioriteit. Ik heb 2015 uitgeroepen tot het jaar van de transparantie. Dit heeft betrekking op de vindbaarheid, begrijpelijkheid, kwaliteit en relevantie van de gegevens van de patiënt en zijn familie. Ik zal uw Kamer daarover nog dit jaar verder informeren. KiesBeter.nl zal als portaal een cruciale rol spelen in het beter vindbaar maken van websites met goede informatie.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) of per 2015 reeds wordt gehandeld in de geest van het amendement, waarmee verzekeraars worden verplicht zes weken voor aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar niet alleen de gecontracteerde zorgaanbieders bekend te maken maar ook de verschillen (in polisvoorwaarden) t.o.v. voorgaand jaar (Kamerstukken TK 2013-2014, 33362, nr 11).

In het wetsvoorstel waarmee artikel 13 van de Zorgverzekeringswet wordt gewijzigd, is opgenomen dat de zorgverzekeraar de volledige kosten van zorg moet vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het voorgaande jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was (art 13 lid 2 sub d Zvw). Dit geeft zorgverzekeraars een forse prikkel om uiterlijk zes weken voor de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar aan verzekerden inzicht te geven in het gecontracteerde zorgaanbod. Met het amendement van Kamerlid Bouwmeester is in het wetsvoorstel, dat inmiddels in de Eerste Kamer ligt, bij het betreffende artikel opgenomen dat verzekeraars ook inzicht moeten geven in de verschillen in polisvoorwaarden ten opzichte van het lopende

verzekeringsjaar. Indien het wetsvoorstel voor het einde van dit jaar door de Eerste Kamer wordt aangenomen, zal het wetsvoorstel met ingang van 2015 in werking treden. Dit betekent dat voor de overstapperperiode 2015-2016 het betreffende artikel voor het eerst van toepassing zal zijn.

Er wordt door zorgverzekeraars echter al gehandeld in de geest van het amendement. Zorgverzekeraars zijn namelijk reeds verplicht om informatie over wijzigingen in hun basisverzekering en aanvullende verzekering aan hun verzekerden te verstrekken. Deze informatie moet zowel op de website van de verzekeraar staan, als in de polisvoorwaarden worden opgenomen. Dit is door de NZa geregeld in de "Beleidsregel Informatieverstrekking Zorgverzekeraars", waarmee de NZa invulling geeft aan het toezicht op art 40 lid 1 tot en met 3 van de WMG. Indien verzekerden de verplichtingen uit deze beleidsregel niet naleven kan de NZa reeds handhavend optreden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) of verzekeraars het verschil in de polis aangeven ten opzichte van het vorige jaar en of ze handelen in de geest van het amendement Bouwmeester.

Zorgverzekeraars zijn verplicht om informatie over wijzigingen in hun zorgverzekering en aanvullende verzekering aan hun verzekerden te verstrekken. Deze informatie moet zowel op de website van de verzekeraar staan, als in de polisvoorwaarden worden opgenomen. Dit is door de NZa geregeld in de "Beleidsregel Informatieverstrekking Zorgverzekeraars", waarmee de NZa invulling geeft aan het toezicht op art 40 lid 1 tot en met 3 van de WMG. Indien verzekerden de verplichtingen uit deze beleidsregel niet naleven kan de NZa handhavend optreden. Er wordt dus reeds gehandeld in de geest van het amendement Bouwmeester (Kamerstukken TK 2013-2014, 33362, nr 11).

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over reserves van verzekeraars in relatie tot Solvency II

De minister van Financiën heeft tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen in de Eerste Kamer toegezegd dat het Kabinet een brief zal sturen over de verhouding tussen Solvency II, de eisen van DNB en de reserves van zorgverzekeraars. Ik zal deze brief mede schrijven of ondertekenen en ook aan de Tweede Kamer sturen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de rol van de minister en taken van zorgverzekeraars.

De wettelijke taken die zorgverzekeraars hebben staan omschreven in de Zorgverzekeringwet. Zorgverzekeraars verantwoorden zich jaarlijks aan de NZa over de naleving van die taken, zoals de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. De NZa zal ingrijpen wanneer de wet- of regelgeving wordt overtreden. De NZa maakt regels en voorschriften en informeert mij op verschillende momenten met monitors en scans over de stand van zaken. Vervolgens informeer ik de Tweede Kamer en geef mijn oordeel over de uitvoering door zorgverzekeraars. Op deze wijze pak ik mijn verantwoordelijkheid voor het systeem op, waarbij natuurlijk steeds betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit de doelen zijn die ik nastreef. Zo heb ik recent de monitor zorgverzekeringmarkt naar u toegestuurd, met daarbij mijn oordeel (Tweede Kamer 29 689, nr. 539). Ook heb ik zelf een evaluatie van de zorgverzekeringwet laten uitvoeren (Tweede Kamer 29 689, nr. 545). U ontvangt mijn standpunt hierover begin 2015, hierin zal ik opnemen welke acties ik zal ondernemen.

Zorgverzekeraars hebben vele zaken nodig om hun rol op te pakken. De Zorgverzekeringwet beoogt dat verzekeraars optreden als onderhandelingspartners van de zorgaanbieders, als het gaat over de prijs, kwaliteit en organisatie van de zorg. Zo pakken zij hun zorginkooprol steeds beter op. Daarvoor is transparantie van prijs en volume nodig, maar ik vind net als mevrouw Bouwmeester dat zij meer op basis van kwaliteit moeten gaan inkopen en dat daarbij meer transparantie nodig is over hun keuzes. Ook hier pak ik mijn verantwoordelijkheid door bijvoorbeeld in het kader van de wijziging van artikel 13 - die op dit moment ter behandeling voorligt in de Eerste Kamer – nadere transparantie eisen op te nemen m.b.t. het inkoopproces van verzekeraars.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) of zorgverzekeraars gedwongen kunnen worden om zich publiek te verantwoorden over hun wettelijke en maatschappelijke taken.

Zorgverzekeraars verantwoorden zich jaarlijks aan de NZa over de naleving van de Zorgverzekeringwet, zoals de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, de zorgplicht en rechtmatigheid. De NZa maakt regels en voorschriften en informeert mij op verschillende momenten met monitors en scans over de stand van zaken. Vervolgens informeer ik de Tweede Kamer en geef mijn oordeel over de uitvoering door zorgverzekeraars. De NZa zal ingrijpen wanneer de wet- of regelgeving wordt overtreden.

Zorgverzekeraars vallen ook onder het prudentieel toezicht van De Nederlandse Bank (DNB). Zorgverzekeraars verantwoorden zich naast specifieke informatie aan DNB met een financieel -en een maatschappelijk jaarverslag. Richting hun verzekerden maken zorgverzekeraars inzichtelijk waar elke premie-euro wordt besteed. Sinds dit jaar verantwoorden zorgverzekeraars volgens een uniform format zich over de nominale premie. Ik ben in gesprek met zorgverzekeraars dat ze zich ook over hun financiële resultaten uniform en publieksvriendelijk verantwoorden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de handhaving ten aanzien van zorgvergelijkingssites. Mevrouw Bouwmeester wil weten waarom er niet wordt gehandhaafd ten aanzien van zorgvergelijkingssites en waarom de rapporten van de NZa, ACM en AFM niet openbaar worden gemaakt.

De AFM houdt toezicht op een groot aantal vergelijkingssites van financiële producten. Hieronder vallen ook sites die (onder meer) zorgverzekeringen vergelijken. In haar

onderzoek heeft de AFM onder andere gekeken naar informatieverstrekking en deze getoetst aan de hand van haar normenkader. In het geval de uitkomsten hier om vroegen heeft AFM nogmaals aangegeven welk normenkader zij hanteert richting deze vergunninghoudende partijen. Daar waar nodig en mogelijk zal de AFM handhavend optreden.

Wat betreft de onderzoeken van de NZa, ACM en AFM: het rapport van de Nza is inmiddels gepubliceerd, alsook het rapport van de ACM. Deze zal ik uw Kamer zo spoedig mogelijk aanbieden voorzien van een beleidsreactie. De AFM heeft ervoor gekozen haar onderzoeksuitkomsten door middel van een persbericht openbaar te maken. Het betreft een lopend onderzoek van de AFM en het is niet gebruikelijk voor de AFM de onderzoeksuitkomsten via een rapport openbaar te maken. Mogelijk dat de AFM in de toekomst besluit de uitkomsten alsnog via een rapport openbaar te maken, dit is echter een beslissing van de AFM.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over hoe het verzekerd pakket passend, doeltreffend en doelmatig kan worden gemaakt.

Ik wil bevorderen dat de komende jaren het pakketbeheer op een andere wijze vorm krijgt.

Bij die andere wijze van pakketbeheer wordt vanuit de inhoud van de zorg bekeken voor welke verzekerden de zorg wel en voor welke verzekerden de zorg niet tot de aanspraken behoort. Dat doet recht aan de gedachte dat er alleen aanspraak op zorg is, als de verzekerde daar gezien zijn zorgvraag redelijkerwijs op is aangewezen. Die aanpak is de afgelopen jaren ook al ingezet, bijvoorbeeld bij de inperking van de aanspraak op ivf.

Met de vorig jaar ingezette systematische doorlichting van het pakket, waarover ik de Kamer met mijn brief van 30 september 2013 heb geïnformeerd (29 689, nr. 476), licht het Zorginstituut in een aantal jaren het gehele pakket door op ondoelmatigheid. Het eerste resultaat hiervan is het rapport over de knie- en heupprothesen bij artrose, dat ik op 1 juli 2014 aan de Kamer heb gezonden (29 089, nr. 532). Hierin heeft het Zorginstituut samen met betrokken veldpartijen een verbeteragenda opgesteld en afgesproken dat de partijen deze verbeteragenda gaan uitvoeren. Dit leidt tot meer gepast gebruik; daarmee wordt onnodige diagnostiek voorkomen en zullen de prothesen worden toegepast bij patiënten die daar echt op zijn aangewezen. Essentieel onderdeel bij deze aanpak is het ontwikkelen of actualiseren van richtlijnen en de toepassing daarvan.

Met deze aanpak van pakketbeheer wordt bereikt dat er steeds meer behandelingen uitsluitend worden vergoed voor verzekerden die deze gezien hun zorgvraag echt nodig hebben. Op deze wijze wordt het verzekerd pakket passend, doeltreffend en doelmatig.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over overbehandeling. Het is de KNMG geweest die met een enquête onder de eigen leden het vraagstuk van overbehandeling onder de aandacht bracht. De rapporten die daaruit zijn voortgevloeid zijn niet specifiek aan mij ter beschikking gesteld maar ze zijn publiek toegankelijk. Vervolgens is de KNMG-stuurgroep "Passende zorg in de laatste levensfase" in het leven geroepen. Het is de komende tijd vooral van belang dat professional en patiënt het thema 'Moet alles wat kan?' een belangrijke rol laten spelen bij de uiteindelijke behandelkeuze. De balans tussen de professionele behandelopvattingen en de levensopvatting van de patiënt moet binnen de behandelrelatie in de spreekkamer gevonden worden. Juist dat laat zich maar moeilijk extern in kaart brengen en analyseren. Het is duidelijk dat dit een verantwoordelijkheid is van ons allemaal en ik ben blij dat via verschillende initiatieven van allerlei partijen hier aandacht voor is gekomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) of het de bedoeling is dat het huidige financieringsmodel substitutie, innovatie en patiëntgerichtheid in de weg staat. Nee, het is niet de bedoeling dat het financieringsmodel substitutie, innovatie of patiëntgerichtheid in de weg staat. Ik vind dat de regelgeving voor de medisch specialistische zorg zinnige en zuinige, patiëntgerichte zorg moet accommoderen. Dus ook substitutie en innovatie. Hiervoor zijn meer mogelijkheden binnen de huidige regelgeving en bekostiging dan vaak gedacht wordt. Een goed voorbeeld is de bekostiging van e-health. De NZa heeft vorig jaar een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden en belemmeringen voor het toepassen van e-health in de medisch-specialistische zorg.³ De NZa concludeert dat er binnen de huidige regelgeving en bekostiging al veel mogelijkheden zijn om e-health te financieren en mee te nemen in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Waar er wel belemmeringen geconstateerd werden, zijn aanpassingen gedaan. Een voorbeeld daarvan is telemonitoring. Binnen de DBC-DOT structuur kan per 1 januari 2013 de activiteit telemonitoring (het bewaken en meten van de gezondheidssituatie op afstand) geregistreerd worden. Hiermee is het mogelijk geworden om telemonitoring vast te leggen als onderdeel van een DBC-zorgproduct. Het staat de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder vrij om hier samen een tarief over af te spreken.

Ook uit de recente evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) door Andersson Elffers Felix (AEF), op 2 september 2014 aan u verzonden (bijlage bij Kamerstuk 25 268, nr. 87), blijkt dat innovatie grotendeels binnen de bestaande regelgeving voor de medisch specialistische zorg tot stand komt. Uit dezelfde evaluatie blijkt wel dat de experimentele prestaties op basis van de beleidsregel innovatie van de NZa soms tot administratieve lasten leiden, en dat er ook knelpunten ontstaan bij de overgang van experimentele prestaties naar reguliere prestaties. AEF adviseert om "vrije prestaties" te introduceren om daarmee ruimte te creëren voor innovaties, mits die aan kwaliteitregelgeving voldoen. Vrije prestaties hebben in potentie voordelen voor de consument en verzekerde, omdat daarmee nieuwe ontwikkelingen, innovaties en maatwerk gestimuleerd kunnen worden. In mijn uitgebreide reactie op de evaluatie Wmg zal ik op deze aanbeveling nader ingaan.

Ten aanzien van substitutie van zorg wil ik nog benoemen dat dit een van de doelen is van de bestuurlijke afspraken die ik heb gemaakt met de medische specialistische zorg en met de eerste lijn. Naast de extra groeiruimte voor substitutie in de eerste lijn, is afgesproken dat er een nieuw bekostigingsmodel voor huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg komt, mede om substitutie te bevorderen. Het nieuwe bekostigingsmodel wordt in 2015 ingevoerd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de rol van verzekeraars bij het herstructureringsfonds bij de regioplannen voor acute zorg en convenanten over acute zorg?

In het regeerakkoord is opgenomen dat het kabinet een convenant met verzekeraars afsluit over de acute zorg. Verschillende partijen in het veld hebben aangegeven geen behoefte te

³ NZa: advies e-health, mogelijkheden e-health in de medisch specialistische zorg, juli 2013

hebben aan een apart convenant voor acute zorg. Het huidige Hoofdlijnenakkoord volstaat om de gewenste bewegingen in de acute zorg verder te brengen.

Op basis van het begin 2013 gepubliceerde rapport 'Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg' door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn er regioplannen opgesteld door de verzekeraars. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft zorgverzekeraars er inmiddels op gewezen dat hun gezamenlijke plannen voor de concentratie van spoedeisende (verloskundige) ziekenhuiszorg de keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden te veel kunnen verminderen. Er is op dit moment geen sprake meer van een gezamenlijk traject van de zorgverzekeraars voor de acute zorg.

Als het gaat om de door mevrouw Bouwmeester voorgestelde regionale convenanten voor acute zorg kan ik mij voorstellen dat het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), waarin alle betrokken acute zorgaanbieders verenigd zijn, samen met de verzekeraars dergelijke plannen voor de regio opstellen. Het is de wettelijke taak van het ROAZ om het acute zorgaanbod in de regio in kaart te brengen, en oplossingen te vinden wanneer niet aan de gewenste normen en eisen van bereikbaarheid wordt voldaan. Op dit moment bezie ik de ontwikkelingen, mochten aanleiding en mogelijkheden voor een convenant er alsnog zijn, dan zal ik daarover het gesprek aangaan.

Voor wat betreft een herstructureringsfonds geeft ZN aan dat verzekeraars daarover in overleg waren toen er nog sprake was van gezamenlijke regioplannen. Dat overleg is nu stil komen te liggen. ZN heeft aangegeven dat indien er zich in de toekomst een casus aandient, waarbij er bijvoorbeeld sprake is van afbouw van locaties, er een businesscase zal worden opgemaakt en de "schade" over de verzekeraars worden verdeeld.

Overigens heeft ZN het Zorginstituut Nederland verzocht om vanuit zijn onafhankelijke positie de partijen te verzoeken om zo snel mogelijk gezamenlijk de kwaliteitsstandaarden voor spoedeisende hulp te formuleren. Wat Zorginstituut Nederland betreft, zullen de kwaliteitsstandaarden waar alle partijen het wél over eens zijn, nog dit jaar in het register bij het Zorginstituut worden opgenomen. Voor de standaarden waarover nog geen overeenstemming bestaat, verwacht Zorginstituut Nederland dat deze in de loop van 2015 worden geregistreerd. Als de partijen daar niet uitkomen, zal het Zorginstituut zelf een expertcommissie instellen om voorstellen te doen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over hoe gestimuleerd gaat worden dat financiële ondersteuning voor mensen vindbaar is.

Daar waar mensen als gevolg van hun chronische ziekte of beperking zorg en ondersteuning behoeven en – mede als gevolg van die ziekte of beperking – financiële ondersteuning behoeven, kunnen zij mogelijk een beroep doen op de landelijke fiscale regelingen (zorgtoeslag en aftrek specifieke zorgkosten) en/of hun gemeente. Gemeenten hebben hierin een actieve rol. Gemeenten informeren over hun lokale beleid en de andere mogelijkheden voor financiële ondersteuning via het internet, huis-aan-huiskranten, bijeenkomsten etc. Uiteraard geldt ook dat iedereen met een ondersteuningsvraag de gemeente zelf ook kan benaderen. Veel gemeenten bieden een collectieve aanvullende zorgverzekering aan en hierover informeren gemeenten hun burgers ook proactief.

In de publiekscampagne via www.dezorgverandertmee.nl en via radiospots wordt vanaf begin december aandacht besteed aan de zorgtoeslag. Dan worden ook de beschikkingen verstuurd.

Ook zal ik via de website www.dezorgverandertmee.nl informatie verspreiden over de rol van gemeenten bij de compensatie voor lagere inkomens. Gemeenten zijn vervolgens aan zet om daar concreet invulling aan te geven en daarover naar hun inwoners te communiceren. Actuele informatie over de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten is terug te vinden op de site van de Belastingdienst.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bouwmeester (PvdA) over de tegenspraak bij verzekeraars. Het Kamerlid Bouwmeester vraagt of deze rol goed is ingevuld en wat er moet gebeuren om deze tegenspraak beter te organiseren.

Verzekerden kunnen op verschillende wijzen invloed uitoefenen op het beleid van hun verzekeraar. Allereerst door de jaarlijkse overstapmogelijkheid van verzekerden. Ben je ontevreden, dan kan je 'stemmen met de voeten'. Daarnaast is in de Zorgverzekeringswet geregeld dat zorgverzekeraars in hun statuten een redelijke mate van invloed van verzekerden moeten waarborgen. De wijze waarop hier invulling aan wordt gegeven, is aan de verzekeraars. In de praktijk organiseren verzekeraars deze invloed meestal via een ledenraad of via lidmaatschap van de coöperatie of vereniging binnen een concern. Ook ligt er vanuit de Tweede Kamer het verzoek om de invloed van verzekerden op het beleid van verzekeraars te versterken (motie van Kamerlid Slob tijdens de behandeling van het wetsvoorstel verticale integratie^[1]), waardoor de positie van verzekerden wordt verstevigd. Ik ben met verzekeraars in gesprek over hoe de motie in te vullen. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg zal eind 2014 het advies "Governance bij zorgverzekeraars" publiceren, waarin invloed van verzekerden een belangrijk thema is. Ook de conclusies uit dit advies zal ik betrekken bij de invulling van de motie.

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wolbert (PvdA) over of er niet net zoals in Friesland regioplannen moeten komen met betrekking tot de acute zorg?

Op basis van het begin 2013 gepubliceerde rapport 'Kwaliteitsvisie Spoedeisende Zorg' door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn er regioplannen opgesteld door de verzekeraars. De Autoriteit Consument & Markt (ACM) heeft zorgverzekeraars er inmiddels op gewezen dat hun gezamenlijke plannen voor de concentratie van spoedeisende (verloskundige) ziekenhuiszorg de keuzemogelijkheden voor patiënten en verzekerden te veel kunnen verminderen. Er is op dit moment geen sprake meer van een gezamenlijk traject van de zorgverzekeraars voor de acute zorg. Het is nu aan iedere zorgverzekeraar afzonderlijk om hier het eigen inkoopbeleid op te formuleren.

Ik kan me voorstellen dat, daar waar het gaat om regioplannen of regionale convenanten voor acute zorg, het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), waarin alle betrokken acute zorgaanbieders verenigd zijn, samen met de verzekeraars plannen voor de regio opstellen. Het is de wettelijke taak van het ROAZ om het acute zorgaanbod in de regio in kaart te brengen, en oplossingen te bedenken wanneer niet aan de gewenste normen en eisen van bereikbaarheid wordt voldaan

[1] kamerstukken 33362, nr. 35

Antwoord op de vraag van het kamerlid Wolbert (PvdA) over goedkopere zorg in België. Het lid Wolbert gaf aan dat in België de zorg goed is maar toch goedkoper. Als verklaring daarvoor gaf zij aan dat in België zorg in de eerste lijn wordt behandeld, waar dat in Nederland door dure ziekenhuizen zou worden gedaan. Een belangrijke reden voor de goedkopere zorg in België ligt evenwel niet zozeer in een groter gebruik van de eerste lijn, maar in veel hogere eigen betalingen voor de verzekerden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over de vraag waarom er geen mogelijkheid voor mediation/snelle arbitrage bij zorginkoop eerste lijn is. Ik vind dat het toezicht van de NZa op het gedrag van de verzekeraars bij de zorginkoop afdoende is en er geen reden is voor een snelle arbitrage bij zorginkoop eerste lijn. In het huidige stelsel is het de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om voor zijn verzekerden goede en passende zorg in te kopen. De NZa houdt hier toezicht op. In de eerste lijn zijn er geregeld signalen over de grote inkoopmacht van zorgverzekeraars. De NZa houdt toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars die over aanmerkelijke marktmacht beschikken en kan indien nodig hiertegen maatregelen nemen.

Volgens de vaste beleidslijn van de NZa is inkoopmacht van verzekeraars geen probleem op voorwaarde dat de voordelen ervan bij de consument terecht komen. In de Stand van de Zorgmarkten 2014 heeft de NZa aangekondigd om in 2015 een meetinstrument te ontwikkelen waarmee getoetst kan worden of de machtspositie van de zorgverzekeraars nog goed is voor de belangen van de consument of niet.

<http://www.nza.nl/104107/426385/1035337/Stand-van-de-Zorgmarkten-2014.pdf>

Ook zal de NZa de komende tijd in een aantal sectoren de zorginkoop 2015 analyseren om te bekijken of er door verzekeraars voldoende zorg is ingekocht om aan de zorgplicht te voldoen.

In mijn brief over de verslagen van en de reactie op de bijeenkomsten over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg van juli 2014 heb ik een aantal voorbeelden gepresenteerd van een aantal beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg die zo met elkaar wist samen te werken dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met verzekeraar <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/07/22/aanbiedingsbrief-bij-verslagen-van-de-zes-bijeenkomsten-in-de-curatieve-zorg/aanbiedingsbrief-bij-verslagen-van-de-zes-bijeenkomsten-in-de-curatieve-zorg.pdf>. Te denken valt aan een keten van kleine plaatselijke aanbieders of het maken van landelijke afspraken met een verzekeraar door niet-concurrerende aanbieders.

Het is van groot belang dat beroepsverenigingen best practices terzake met elkaar uitwisselen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over hoe de wachtlijsten in de GGZ ontstaan, of dat door de verzekeraar of door de aanbieder komt.

In de Marktscan die de Nederlandse Zorgautoriteit zeer binnenkort uitbrengt wordt gerapporteerd over de wachttijden in de GGZ. Eventuele wachttijden ontstaan door een samenstel van factoren: de contractuele afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de vraag naar zorg door de verzekerde/patiënt. Mocht uit de Marktscan blijken dat de wachttijden toenemen en dit een trend is die waar te nemen is, dan lijkt mij dat een signaal dat nader onderzoek van de NZa vergt. Ik verwacht de Marktscan nog dit jaar aan uw Kamer te kunnen aanbieden.

Van belang in de GGZ is dat met het Hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat er een reductie van bedden plaatsheeft van eenderde voor 2020. Dit betekent dat deze patiënten behandeling krijgen in de buurt en thuis medisch worden begeleid.

De mensen die op instellingszorg (intramuraal) blijven aangewezen, moeten een opname in een instelling krijgen binnen de daarvoor afgesproken (Treek)norm. De verzekeraar heeft een zorgplicht.

Daarnaast is door het Kamerlid Bruins Slot de suggestie gewekt dat mensen met een dure

polis minder lange wachtlijsten ervaren dan mensen met een goedkopere polis. Ik herken mij niet in dat beeld. Verzekeraars bieden voor verschillende polissen wachtlijstbemiddeling aan, dat staat in het algemeen echter los van de prijs van de polis.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over onafhankelijk advies over een passende zorgverzekering en het provisieverbod.

Het CDA wil dat patiënten onafhankelijk advies krijgen over een passende zorgverzekering en dat zorgverzekeraars onder het provisieverbod komen en vraagt mij hierop te reageren. Ik wijs erop dat ziektekostenverzekeraars op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verantwoordelijk zijn voor een juiste verstrekking van informatie over hun polissen. Dit geldt ook voor informatie die namens hen wordt verstrekt door bijvoorbeeld vergelijkingssites waar zij een contract mee hebben. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet hierop toe.

De wijze waarop de vergelijkingen van zorgpolissen door zorgvergelijkingssites tot stand komen, valt buiten de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraars. Dat is aan de vergelijkingssites zelf en hierop wordt toezicht gehouden door de Autoriteit Financiële Markten (AFM), voor zover deze partijen een vergunning van de AFM hebben.

Vergelijkingssites moeten gemakkelijk vindbare en begrijpelijke informatie verstrekken over de activiteiten die de vergelijkingssite verricht, welke diensten worden verleend aan de bezoeker, waar de vergelijkingssite aan verdient, hoe de vergelijking tot stand komt en hoe volledig de vergelijking is.

Verder blijkt uit zeer recent onderzoek van de AFM naar vijf grote vergelijkingssites dat er niet een direct verband is tussen de hoogte van de vergoeding die vergelijkingssites ontvangen en de plaats in de vergelijking. Ik zie onder meer daarom geen reden om het provisieverbod uit te breiden. Wel acht ik het van groot belang dat ziektekostenverzekeraars en vergelijkingssites zich optimaal inzetten om de informatieverstrekking aan de consument maximaal op orde te hebben, zodat de consument op basis van de juiste informatie de polis van zijn keuze kan bepalen.

Overigens hebben de Autoriteit Consument & Markt (ACM) en de NZa consumenten opgeroepen het aanbod van hun verzekeraar goed te beoordelen en te vergelijken (bericht 18 november) en staan op www.consuwijzer.nl hulpmiddelen om consumenten hierbij te ondersteunen, zoals een stappenplan om tot een goede keuze te komen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het uitkeren van winst vanaf 2016.

Toen de Ziekenfondswet per 1-1-2006 werd opgeheven, is afgesproken dat de ziekenfondsen hun wettelijke reserves voorwaardelijk mochten meenemen naar hun rechtsopvolger in de Zorgverzekeringswet. De voorwaarde daarbij was dat zorgverzekeraars gedurende tien jaar geen winst mogen uitkeren, anders moesten zorgverzekeraars deze meegekregen reserves terug betalen. Zorgverzekeraars (voormalige ziekenfondsen en voormalige particuliere zorgverzekeraars) konden door dit besluit zoveel mogelijk in een gelijke uitgangspositie starten met de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Ik vind dit nog steeds een logisch besluit. De meegegeven reserves van de voormalige ziekenfondsen vormen nu onderdeel van de reserves (solvabiliteit) van private zorgverzekeraars. Ik kan dit geld niet zo maar weg halen bij de zorgverzekeraars. Op dit moment zien we tevens dat de reserves worden ingezet om te komen tot een gematigde premie-ontwikkeling. Reserves komen dus ten goede aan de verzekerden.

Wat betreft het uitkeren van winst geldt dat op een enkele uitzondering na alle zorgverzekeraars een rechtsvorm hebben die ze niet toestaat om winstuitkeringen te doen. Voorts geldt dat geen enkele verzekeraar winstuitkeringen mag doen zonder toestemming van De Nederlandse Bank. Ook dit geeft geen reden om aan te nemen dat vanaf 2016 reserves als winst zullen worden uitgekeerd. Momenteel kunnen zorgverzekeraars geen winst uitkeren, met uitzondering van ASR. Het betreft coöperatieve organisaties (technisch: onderlinge waarborgmaatschappijen) waar winsten worden teruggegeven aan premiebetalers dan wel worden toegevoegd aan de reserves en dan beschikbaar blijven voor toekomstige zorguitgaven.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over het uitkeren van winsten van verzekeraars.

Ik heb afspraken gemaakt met zorgverzekeraars over een uniforme, publieksvriendelijke verantwoording van de nominale premie 2015. In het vastgestelde format geeft de zorgverzekeraar aan hoeveel reserves en beleggingsopbrengsten in de nominale premie 2015 worden teruggegeven aan verzekerden. Op grond van deze cijfers heb ik een inschatting gemaakt van het bedrag dat zorgverzekeraars teruggeven aan hun verzekerden.

Op dit moment zijn voor een groot aantal zorgverzekeraars deze cijfers over de teruggegeven reserves en beleggingsopbrengsten bekend. In totaal blijkt dat in de nominale premie 2015 een teruggave van circa een miljard euro is verwerkt.

De minister van Financiën heeft tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen in de Eerste Kamer toegezegd dat het Kabinet een brief zal sturen over de verhouding tussen Solvency II, de eisen van DNB en de reserves van zorgverzekeraars. Ik zal deze brief ook aan de Tweede Kamer sturen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) dat het Zorginstituut het bepalen van volumennormen door de zorgverzekeraars moet stoppen.

Zorgverzekeraars kopen de laatste jaren steeds meer in op kwaliteit. De zorgverzekeraar zal conform het wetsvoorstel, waarin de wijziging van artikel 13 Zorgverzekeringswet is opgenomen, ieder verzekeringsjaar vóór april zijn inkoopbeleid openbaar moeten maken. Daarin maakt de verzekeraar ook zijn kwaliteitseisen bekend. Uitgangspunt voor goede zorg zijn de kwaliteitsrichtlijnen die gezamenlijk zijn opgesteld door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten. Wanneer een zorgverzekeraar een hogere volumennorm hanteert dan de volumennorm die in de kwaliteitsrichtlijn is opgenomen, is hij daarin vrij. Dit past in mijn visie dat zorgverzekeraars hun eigen beleid moeten kunnen voeren en selectief zorg inkopen. Zorgverzekeraars kunnen zich immers onderscheiden op de premie, maar ook op de kwaliteit van de zorg. Ik ben niet van mening dat zorgverzekeraars hiermee de kwaliteitsrichtlijnen devalueren. De 'goede zorg' die in de richtlijn is beschreven, wordt immers als basis gehanteerd.

Tot slot kunnen zorgaanbieders zelf beslissen of zij een contract tekenen en zij kunnen ook eisen stellen; de zorgverzekeraar heeft immers zorgplicht en zal voldoende zorg moeten inkopen om hieraan te kunnen voldoen.

Na oprichting van het kwaliteitsinstituut worden verzekeraars evenals patiënten, wetenschappelijke verenigingen en eventueel andere betrokken beroepsgroepen betrokken bij de Richtlijn-ontwikkeling. Dit maakt het draagvlak van de Richtlijnen veel breder en dat zal betekenen dat verzekeraars veelal conform deze Richtlijnen zullen inkopen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Bruins Slot (CDA) over een kosten/baten analyse bij omvangrijke beleidsvoorstellen met betrekking tot het verdwijnen van ziekenhuizen, conform de voorzet van het RIVM.

Over kosten/baten analyses bij het verdwijnen van ziekenhuislocaties merk ik het volgende op. Met ingang van dit jaar is bij wet de zorgspecifieke fusietoets verplicht gesteld voor fusies waarbij een zorgaanbieder die door minimaal 50 personen zorg doet verlenen is betrokken. Op grond van deze fusietoets zijn de fuserende zorgaanbieders verplicht een fusie-effectrapportage bij de NZa aan te leveren. Met deze rapportage worden zorgaanbieders gedwongen om hun fusievoornemen goed te doordenken en daarbij relevante stakeholders zoals zorgverzekeraars, gemeenten en patiënten te betrekken. Ook toetst de NZa of de bereikbaarheid van cruciale zorg door de fusies in gevaar komt.

Specifiek ten aanzien van acute zorg in een regio is er een aantal gremia waarin overleg plaats vindt over de effecten van concentratie van ziekenhuiszorg. In Regionaal Overleg Acute Zorg wordt overlegd met de betrokken aanbieders in de regio over de spreiding en beschikbaarheid van acute zorg. In de lokale Verloskundige Samenwerkings Verbanden vindt dit overleg specifiek voor de geboortezorg plaats aan de hand van de leidraad van het College Perinatale Zorg.

De betrokken partijen, te weten de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars, zijn zelf verantwoordelijk voor besluiten rond het aanbieden van zorg binnen de

bereikbaarheidsnormen die daar voor gelden. Naar mijn mening zijn er dus voldoende instrumenten beschikbaar voor de diverse partijen om de maatschappelijke effecten van hun voornemens in beeld te brengen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de stelselverantwoordelijkheid en of genoemde voorbeelden de maatwerkgedachte illustreren.

De stelselverantwoordelijkheid wordt ingevuld door het verschaffen van wettelijke en financiële kaders, de ondersteuning van partijen bij de hervorming, het zicht houden op de voortgang van de implementatie, het bespreken van knelpunten en oplossingen met diverse partijen, en dus het monitoren van resultaten en de financiële kaders. Centraal daarbij staat of partijen dan hun wettelijke verplichtingen jegens hun burgers (kunnen) voldoen. In deze overleggen wordt dus ook gezien of voor alle cliënten duidelijk is binnen welk domein zij in 2015 zorg of ondersteuning gaan ontvangen en/of geen "vergeten groepen" gaan ontstaan. Ik ben van mening dat ik hiermee een goede invulling geef aan mijn stelselverantwoordelijkheid, nu, maar ook na 2015.

Ik volg signalen op de voet, via de gesprekken aan de cliënttafels, via het transitievolgsysteem bij gemeenten en via de gesprekken in de cockpit met de partners van de werkafspraken hervorming langdurige zorg. Als er signalen mij bereiken, die duiden op een probleem bij het naleven van de wettelijke kaders, dan zal ik analyseren waar dit aan ligt om eventuele vervolgstappen te kunnen bepalen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over het concrete actieplan na 1 december als er sprake is van nieuwe 'vergeten groepen'.

Na 1 december zal er, net als nu het geval is, als er knelpunten worden gesignaleerd actie ondernomen worden.

Op dit moment kijk ik al, samen met CIZ en cliëntorganisaties, naar de verschillende cliëntengroepen. De cliëntorganisaties hebben goed zicht op de signalen van hun achterban. Door hier nu al actief naar te kijken en op te handelen wordt zoveel mogelijk voorkomen dat er knelpunten ontstaan. Deze werkwijze continueer ik.

Daarnaast spreek ik twee wekelijks met veldpartijen in de cockpit. Met hen is reeds gesproken over de stappen als een probleem wordt gesignaleerd. Mijn actie is er nu en zeker na 1 december op gericht dat signalen direct opgepakt worden door de betrokken partijen. Als problemen niet lokaal of regionaal opgelost kunnen worden zal ik er, al dan niet samen met andere partijen, actie op ondernemen.

Er is op dit moment geen sprake van een "nieuwe vergeten groep". Indien zich cliënten of groepen zouden melden waarvoor niet duidelijk is tot welk domein zich moet wenden vanaf 2015 heb ik de gezamenlijke implementatieorganisatie klaarstaan om aldaar tot oplossingen te komen.

Ik heb op verzoek van uw Kamer in overleg met de cliëntenorganisaties de heer Terpstra gevraagd hiertoe ook zijn interventieteam beschikbaar te stellen. Ik merk overigens op dat van iedere cliënt met een AWBZ-indicatie vanaf 2015 overgangsrecht geldt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) dat de persoonlijke verzorging op termijn niet mag verdwijnen.

In de aanspraak wijkverpleging is zowel de verpleging als de verzorging opgenomen, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Deze behoefte aan geneeskundige zorg is onderdeel van het basispakket in de Zorgverzekeringswet. Ik zie op dit moment geen reden waarom dit uit het basispakket zal verdwijnen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) wie bijhoudt wanneer er te veel wordt gevraagd van een mantelzorger, vanwege het risico op (dubbele) overbelasting. Mantelzorgers moeten bijvoorbeeld ook bezwaar kunnen maken tegen een maatwerkvoorziening.

Een belangrijk uitgangspunt in de Wmo 2015 is de integrale ondersteuning van cliënt en mantelzorger. Een cliënt kan derhalve ook bezwaar maken tegen het besluit van de gemeente betreffende een aan hem (niet) verstrekte maatwerkvoorziening, ingeval hij vindt dat de mantelzorger onvoldoende wordt ondersteund (ten behoeve van de zelfredzaamheid of de participatie van de cliënt).

De gemeente dient bij het onderzoek naar een behoefte aan maatschappelijke ondersteuning integraal de behoeften en (on)mogelijkheden van de cliënt en mantelzorger te bezien. Op basis hiervan dient de cliënt, maar ook de mantelzorger door de gemeente zoveel als mogelijk en op basis van maatwerk te worden ondersteund. Daarbij dient de gemeente expliciet de belastbaarheid en het voorkomen van overbelasting van de mantelzorger mee te nemen. Daarbij wordt ook gekeken naar "dubbele" overbelasting. In die situatie dat alleen wijkverpleging wordt geleverd aan een cliënt en bij de mantelzorger wel overbelasting wordt geconstateerd, dan kan de wijkverpleegkundige dit signaal –bijvoorbeeld via het sociaal wijkteam – doorgeven aan de gemeente.

In het kader van de Wlz dient de zorginstelling bij de zorgplanbespreking aandacht te besteden aan de rol en de belasting van de mantelzorger. Mantelzorg is en wordt niet verplicht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over diverse voorstellen om de rechtspositie te versterken.

Allereerst zal ik ingaan op het voorstel om mantelzorgers bezwaar te kunnen laten maken tegen de weigering van een maatwerkvoorziening. Een belangrijk uitgangspunt in de Wmo 2015 is de integrale ondersteuning van cliënt en mantelzorger. Een cliënt kan derhalve bezwaar maken tegen het besluit van de gemeente betreffende een aan hem (niet) verstrekte maatwerkvoorziening, wanneer hij vindt dat de mantelzorger onvoldoende wordt ondersteund (ten behoeve van zijn zelfredzaamheid of participatie).

Met betrekking tot het voorstel om mantelzorgers standaard gebruik te laten maken van een respijtzorgdag, geldt eveneens het uitgangspunt van integrale ondersteuning van cliënt en mantelzorger. In de Wmo 2015 staat niet meer het aanbieden van een bepaalde voorziening centraal, maar de ondersteunings-behoefte van cliënt en mantelzorger, zodat de meest passende ondersteuning geboden kan worden. Ook bij het respijtbeleid van gemeenten is van belang steeds weer te kijken naar de specifieke ondersteuningsbehoefte van de individuele cliënt en diens mantelzorger.

Verder acht ik het niet wenselijk om – conform het voorstel van het Kamerlid Keijzer (CDA) – één verantwoordelijke partij aan te stellen die bijhoudt of het niet teveel wordt voor de mantelzorger. Zoals ook blijkt uit de in mei 2014 door ZN, VNG en het Ministerie van VWS uitgebrachte Focuslijst verbinding wijkverpleging en Sociaal Domein hebben gemeenten en verzekeraars beide een rol bij (dreigende) overbelasting bij de mantelzorg. De gemeente kijkt integraal naar de belasting voor de mantelzorger. Wanneer alleen wijkverpleging wordt geleverd aan een cliënt en bij de mantelzorger overbelasting wordt geconstateerd, dan is het de rol van de wijkverpleegkundige dit signaal, bijvoorbeeld via het sociaal wijkteam, door te geven aan de gemeente. De gemeente dient vervolgens de situatie van de cliënt en diens mantelzorger integraal te bezien en op basis daarvan aan beiden ondersteuning op maat te bieden.

Wat betreft het voorstel om het voor ouders/zorgvragers financieel aantrekkelijk te maken om ouders/zorgvragers in huis te nemen, stel ik voorop dat het in huis nemen van een hulpbehoevende ouder of gehandicapt kind in de regel niet vanuit financiële motieven gebeurt. Het wetsvoorstel Wmo 2015 stelt gemeenten in staat passende oplossingen te zoeken voor maatwerk-, zorg- en ondersteuningsvragen, samen met de burger en zijn of haar omgeving. De Wmo-systematiek richt zich dus op maatwerk en ondersteuning richting cliënt en mantelzorger, maar leent zich niet voor het ondervangen van inkomenseffecten. Daarvoor hebben we in Nederland de sociale zekerheid.

Tenslotte het voorstel dat ik als staatssecretaris systeemverantwoordelijkheid neem om de grens van de 'gebruikelijke zorg' vast te stellen, ter voorkoming van overbelasting van de mantelzorger. In de Wmo 2015 is en blijft het uitgangspunt dat mantelzorg vrijwillig is. Daarnaast dient de gemeente, in het geval dat een cliënt wordt ondersteund door een mantelzorger, de mogelijkheden en de (ondersteunings)behoefte van de mantelzorger mee te wegen. Dit biedt de gemeente de mogelijkheid om per geval de draagkracht en draaglast van de mantelzorger te bezien en daar de ondersteuning op aan te sluiten. Om dezelfde reden acht ik het niet wenselijk om specifiek voor de gebruikelijke zorg door mantelzorgers een bovengrens in te stellen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over het organiseren van een opleiding voor vrijwillige ouderenadviseurs. Sinds de invoering van de Wmo en ook met de Wmo 2015 is dit een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Gemeenten moeten zorgen voor ondersteuning van vrijwilligerswerk. Zij hebben al enkele jaren ervaring met de inzet van vrijwillige ouderenadviseurs. Over het algemeen genomen zijn de ervaringen van gemeenten hierover positief. Door middel van de handreiking 'Cliëntondersteuning ouderen' die binnenkort verschijnt, wil ik gemeenten ondersteunen om ook in de transitiefase aandacht voor de inzet van de vrijwillige ouderenadviseurs te hebben. Daarnaast is in het lopende programma 'Aandacht voor iedereen', van de gezamenlijke cliëntorganisaties, nadrukkelijk aandacht voor het toerusten van lokale belangenbehartigers, waaronder de ouderenadviseurs.

Een tijdelijke extra impuls in aanvulling op bovenstaande is in de transitie zinvol.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over het aanleveren van een concreet actieplan van de aanpak na 1 december in geval de SVB op dat moment nog niet alle gegevens heeft.

De invoering van trekkingsrechten is een majeure operatie waarover intensief overleg plaatsvindt tussen alle betrokken partijen. Het punt dat mevrouw Keijzer noemt is bij de betrokken partijen bekend. Dit wordt op korte termijn nader in kaart gebracht zodat adequate maatregelen kunnen worden getroffen om dit op te lossen. Bij die maatregelen is de primaire invalshoek dat continuïteit van zorg voor cliënten blijft gewaarborgd. Bijvoorbeeld door tijdelijk zorg te dragen voor bevoorschotting door gemeenten richting SVB. Ik zal u over de voortgang van dit punt op de hoogte houden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over een actieplan vanaf 1 december voor zorgvragers die niet weten waar ze aan toe zijn.

Op dit moment is er al de website www.hoeverbandertmijnzorg.nl en het Informatiepunt langdurige zorg en jeugd met een gratis telefoonnummer. Mensen worden daarop gewezen via de t.v.- en radiospots. Daarnaast liggen sinds kort brochures bij apotheken en huisartsen. Deze geven cliënten informatie over de situatie in 2015, de overgangsrechten en geven tevens aan welke partijen vanaf 2015 verantwoordelijk zijn voor de zorg of ondersteuning van een cliënt. Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars informeren hun burgeres en/of cliënten vervolgens nader met specifieke informatie.

Cliënten die niet weten van welke partij zij vanaf 2015 hun zorg en/of ondersteuning moeten krijgen raad ik aan contact op te nemen met het Informatiepunt langdurige zorg en jeugd. Mensen kunnen ook direct contact opnemen met hun verzekeraar, zorgkantoor of gemeente. Daar kunnen mensen vragen hoe hun eigen gemeente of hun verzekeraar ondersteuning en

zorg organiseert in 2015.

Alle gemeenten en zorgverzekeraars hebben een telefoonnummer en/of een e-mailadres beschikbaar waar mensen vragen kunnen stellen of en zo ja er voor hen zelf iets verandert in 2015. Ook via hun websites informeren gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren hun cliënten.

Indien cliënten onverhoopt tussen wal en schip dreigen te raken, heb ik op verzoek van uw Kamer, na overleg met de cliëntenorganisaties de heer Terpstra gevraagd ook hiertoe zijn interventieteam in te zetten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over gemeenten die niet alle gegevens hebben.

Gemeenten hebben voor wat betreft de Wmo alle gegevens ontvangen van cliënten die op dit moment een AWBZ indicatie hebben dat onder het overgangsrecht van de Wmo 2015 valt. Omdat tot eind december aanvragen kunnen worden ingediend en het CIZ zes weken de tijd heeft daarover een besluit te nemen vinden er eind november, begin januari en eind februari nog opnieuw leveringen van cliëntgegevens plaats zodat gemeenten op de hoogte blijven van de nieuwe afgegeven (her)indicaties en de indicaties die zijn komen te vervallen. Gemeenten zijn hiervoor adequaat geïnformeerd en voorgelicht. Indien daarover vragen zijn, biedt de implementatieorganisatie goede gelegenheid deze aan de orde te stellen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) wat de staatssecretaris gaat doen als na 1 december 2014 blijkt dat er onvoldoende wijkverpleegkundigen zijn.

In de huidige situatie zijn al wijkverpleegkundigen werkzaam. Vanaf 2015, wanneer de wijkverpleging onderdeel is van de Zorgverzekeringswet, zullen zich nieuwe ontwikkelingen voordoen. De behoefte aan wijkverpleegkundige zorg kan toe- of afnemen, afhankelijk van de aanspraak die mensen maken op hun recht in de zorgverzekering. Daarom heb ik met Actiz, V&VN, BTN en ZN goede afspraken gemaakt om hier goed zicht op te houden. Zo komt er een nieuwe capaciteitsraming.

Op deze wijze kunnen we goed in de gaten houden hoe de vraag naar wijkverpleegkundige zorg zich ontwikkelt en welke maatregelen genomen zouden kunnen worden bij grote discrepanties tussen vraag en aanbod. Dit verschilt niet van andere zorgbehoeften.

Daarnaast is geld beschikbaar gesteld om meer wijkverpleegkundigen in te werken en op te leiden. In afstemming met Actiz en V&VN wordt hiervoor in 2014-2015 € 6,3 miljoen ter beschikking gesteld uit de middelen van het programma "Zichtbare Schakel" van ZonMW. Verder kunnen in 2014-2015 ongeveer 70.000 zorgverleners worden bij-, na- en opgeschoold met ondersteuning vanuit de sectorplannen in de langdurige zorg. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het opscholen van verpleegkundigen op MBO-niveau naar HBO-niveau.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de acties die ik onderneem als contracten met aanbieders op 1 december nog niet getekend zijn.

Op 11 november hebben gemeenten het transitievolgsysteem geactualiseerd. Gemeenten die dit niet hebben gedaan, zijn nagebeld om dit alsnog te doen. Op basis van de inzichten uit het transitievolgsysteem worden gemeenten, die aangeven de focuspunten toegang en inkoop nog niet te hebben afgerond, gebeld en gevraagd naar de voortgang. Indien gemeenten aangeven toegang en inkoop voor 1 december alsnog gereed te hebben, wordt hen gevraagd dit bestuurlijk te bevestigen. Is dit niet het geval, dan kunnen de gemeenten worden uitgenodigd voor bestuurlijk overleg waarin wordt bezien op welke wijze de continuïteit van ondersteuning alsnog wordt gewaarborgd. Als ultimum remedium kan ik op grond van de Gemeentewet in de plaats van gemeenten treden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over wat de staatssecretaris doet indien er onvoldoende dagbesteding en logeervoorzieningen worden ingekocht.

Gemeenten zullen op basis van een zorgvuldig proces waarin het individueel onderzoek centraal staat, passende ondersteuning bieden. Dagbesteding en logeervoorzieningen zijn hier een voorbeeld van en kunnen ook mantelzorgers verlichten in de ondersteuning die zij

aan hun naasten bieden. De gemeente is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid en kwaliteit van deze ondersteuning en legt daarover verantwoording af aan de gemeenteraad. De inkoop van ondersteuning door gemeenten is afgerond of zit momenteel in de afrondende fase. Ik volg dat op de voet en zal de Tweede Kamer hierover rond 1 december een voortgangsrapportage sturen. Met de VNG en de koepels van aanbieders en cliëntenorganisaties heb ik een proces afgesproken waarbij problemen rond de inkoop kunnen worden gemeld. In eerste instantie dienen deze problemen lokaal te worden opgelost. Lukt dit niet, dan is er vervolgens een rol voor de betrokken koepel en de VNG weggelegd. Leidt dit niet tot de gewenste uitkomst, dan kan uiteindelijk het interventieteam HLZ worden ingezet. In de voortgangsrapportage zal ik ook ingaan op de eerdere aangenomen motie van Dik-Faber en Bergkamp over de beschikbaarheid van specialistische dagbesteding.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) wat ik doe als er onvoldoende beschermd wonen wordt ingekocht en het verdeelmodel niet op orde is. Voor wat betreft het verdeelmodel merk ik op dat in 2015 het historische verdeelmodel van toepassing is. Ik kreeg afgelopen maand signalen dat voor sommige centrumgemeenten het budget beschermd wonen onvoldoende lijkt. Ik heb met de wethouders van de centrumgemeenten afgesproken dat gemeenten die dit betreft zich kunnen melden. Zij krijgen ondersteuning van specialisten om vast te stellen wat precies het probleem is, hoe groot dat is en of een oorzaak kan worden vastgesteld. Over analyses en oplossingsrichtingen overleg ik volgende week met de VNG. Ik heb er vertrouwen in dat ik dan goede afspraken kan maken waardoor de inkoop – daar waar dat nog niet is gebeurd – kan worden afgerond. Ik heb op dit moment geen aanleiding te verwachten dat er onvoldoende beschermd wonen wordt ingekocht. Zoals aangegeven volg ik de ontwikkelingen op de voet.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) over de aanpak als na 1 december blijkt dat zorgverzekeraars geen toereikend tarief vaststellen voor het Zvw-pgb. In de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb, is onder meer afgesproken dat het Zvw-pgb vanaf de start zal worden gemonitord. Daarbij zullen verschillende punten worden meegenomen. Of verzekerden in staat zijn om met de door de zorgverzekeraar geboden vergoeding hun zorg in te kopen is wat mij betreft één van de belangrijke punten die daarbij moeten worden meegenomen. Als blijkt dat zorgverzekeraars tarieven of vergoedingen hanteren die ervoor zorgen dat mensen niet in staat zijn om met hun Zvw-pgb zorg in te kopen, dan zullen de minister en ik ze daar om te beginnen op aanspreken. Mocht daarna blijken dat zorgverzekeraars dusdanig lage tarieven hanteren dat daarmee de bestuurlijke afspraken niet goed worden ingevuld, dan kunnen wij op basis van het bij nota van wijziging voorgestelde artikel 13a ingrijpen door in lagere regelgeving ook een minimumtarief op te nemen. Dit uiteraard onverlet de mogelijkheden van verzekerden zelf om hun verzekeraar aan te spreken, de reguliere klachten- en geschillenregeling te benutten of een andere verzekeraar te kiezen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Keijzer (CDA) wat de staatssecretaris doet indien gemeenten geen toereikend pgb-tarief vaststellen. In de Wmo 2015 is in art. 2.3.5 de verplichting opgenomen dat de maatwerkvoorziening (waar het pgb een leveringsvorm voor is) een passende bijdrage dient te leveren aan het realiseren van een situatie waarin de cliënt in staat wordt gesteld tot zelfredzaamheid of participatie en zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kan blijven. Dit betekent dus dat het pgb toereikend dient te zijn. Omdat gemeenten per cliënt kijken op welke wijze passende ondersteuning kan worden geboden, kan dit op verschillende manieren worden ingevuld. Wanneer een cliënt de geboden ondersteuning niet of onvoldoende passend acht, heeft hij de mogelijkheid van bezwaar en beroep. Het uiteindelijke oordeel of de geboden ondersteuning wel of niet toereikend is ligt uiteindelijk bij de rechter, maar juist doordat e.e.a. in overleg tussen gemeente en zorgvrager plaatsvindt kan dit zoveel mogelijk worden voorkomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de communicatie en of alle cliënten een brief heeft ontvangen over zijn zorgsituatie volgend jaar. Het Rijk draagt verantwoordelijkheid voor de algemene informatievoorziening over de Hervorming van de Langdurige Zorg.

Gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en aanbieders informeren mensen over hun situatie in 2015. Cliënten die binnen de Wlz in 2015 hun zorg ontvangen worden hierover geïnformeerd door hun zorgkantoor. Een aparte groep hierin zijn Wlz indiceerbaren, die een brief ontvangen hebben van het CIZ. Een van de groepen Wlz-indiceerbaren betreft een groep meervoudig complex (verstandelijk) gehandicapte kinderen met verpleegkundige zorg. Deze kinderen komen in aanmerking voor de Wlz hebben deze brief dan ook van het CIZ ontvangen.

Cliënten die voor wijkverpleging en/of intensieve kindzorg overgaan naar de Zorgverzekeringswet worden door de verzekeraars geïnformeerd. Zorgverzekeraars informeren verzekerden nog deze maand over de veranderingen in het verzekerde pakket via het toezenden van de polisvoorwaarden. Hiermee worden cliënten over de zorg in natura geïnformeerd. Alle Zvw-pgb-houders, waaronder cliënten met intensieve kindzorg, ontvangen een brief van hun verzekeraar. Deze brief informeert mensen over de hoogte van het pgb en de veranderingen.

Cliënten die van ondersteuning binnen Wmo 2015 gebruik zullen maken worden geïnformeerd door de gemeente. Echter niet in alle gevallen worden cliënten voor 1 januari door de gemeenten persoonlijk geïnformeerd. Gemeenten zetten in op zorgcontinuïteit. Soms wordt het contact met de cliënt geïnitieerd als de indicatie van de cliënt afloopt en er in een gesprek aan de orde komt welke toekomstige zorg en/of ondersteuning nodig is of als de aanbieder wijzigt. Vanuit gemeenten worden pgb-houders Wmo en Jeugd persoonlijk per brief geïnformeerd over hun individuele situatie in 2015. In deze brief staat informatie over de omvang van het budget van de pgb-houder in 2015 en (veelal) informatie over het

overgangsrecht en/of eigen bijdrage.

Bij dit alles benadruk ik graag dat voor alle cliënten overgangsrecht geldt, waarmee continuïteit van zorg geborgd is. Ook voor de groep met intensieve kindzorg, die vanaf 2015 via de Zorgverzekeringswet hun zorg ontvangen. De huidige AWBZ-indicatie van het kind wordt vanaf 1 januari 2015 gezien als een geldige verwijzing voor wijkverpleging. Bij zorg in natura behoudt het kind in principe dezelfde zorgaanbieder. Indien het kind een persoonsgebonden budget (pgb) heeft, behoudt het kind die. De omvang van het budget kan wel anders worden. Indien mensen geen brief hebben ontvangen maar dit wel verwachtten, kunnen zij contact opnemen met hun gemeenten, zorgkantoor of verzekeraar. Het is ook altijd mogelijk contact op te nemen met het informatiepunt Landelijke Zorg en Jeugd. Zij zorgen voor een warme overdracht naar de juiste partij en kunnen acteren als een burger tussen wal en schip dreigt te vallen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de stand van zaken van de motie Bergkamp.

Actal is gevraagd advies te geven over de aanvraag en verantwoording van met het pgb samenhangende regeldruk. Actal beziet bestaand onderzoek en doet een interviewronde langs alle betrokken partijen voor eventueel aanvullende informatie en aanbevelingen. Actal is gevraagd binnen afzienbare tijd een rapport op te leveren opdat kan worden voldaan aan het verzoek om de Kamer voor 1 januari 2015 te informeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) of de SVB alle werkzaamheden aan kan, en of er knelpunten zijn in de samenwerking tussen gemeenten en SVB, bijvoorbeeld ten aanzien van de gegevensuitwisseling.

Op dit moment wordt door alle betrokken partijen hard gewerkt aan de implementatie van de trekkingsrechten per 1 januari 2015. Bij de SVB is de capaciteit opgeschaald om informatie over alle huidige budgethouders en hun zorgovereenkomsten in te voeren. Ik monitor de voortgang nauwlettend.

Voor de aansluiting van de ICT van de SVB op die van de gemeenten is een aantal voorzieningen beschikbaar of in ontwikkeling. Deze voorzieningen zijn toereikend voor de start van de trekkingsrechten per 1 januari 2015. In de loop van 2015 kunnen verbeteringen worden doorgevoerd zodat het systeem van de SVB beter aansluit op die van gemeenten.

De introductie van trekkingsrechten is een complexe operatie. Zowel voor wat betreft de noodzakelijke infrastructuur als voor wat betreft de communicatie. De operatie mag uiteraard de continuïteit van zorg voor cliënten niet in gevaar brengen. Daarom wordt in goed overleg tussen alle betrokken ketenpartners bezien welke terugvalopties in gang kunnen worden gezet indien voor bepaalde groepen budgethouders het invoeringsproces niet tijdig gereed zal zijn. Vermoedelijk zal er in die situaties gewerkt worden met voorlopig geaccordeerde declaraties die in de loop van het jaar definitief worden goedgekeurd. Deze werkwijze is bekend bij budgethouders, aangezien in de AWBZ de gehele verantwoording achteraf plaatsvindt. Wanneer deze achterstanden in de loop van 2015 zijn weggewerkt, kan de verantwoording definitief verschuiven naar de voorkant en verantwoordt de cliënt zich direct bij het indienen van de declaratie.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over mogelijke problemen door latere uitbetaling van pgb.

Ik heb enkele signalen gekregen dat zorgaanbieders gewend zijn om te worden betaald voorafgaand aan de maand waarin de zorg wordt verleend. De budgethouders kunnen met ingang van 2015 op de eerste van de volgende maand op hun trekkingsrecht declareren bij de SVB voor hun hulpverleners en de SVB heeft daarop 5 dagen om te betalen. Naar mijn informatie blijkt dat veel aanbieders reeds gewend zijn om achteraf een factuur te sturen aan de budgethouder en betaald te worden. Anderen hebben zich op de nieuwe situatie voorbereid of hebben een buffer. Het is zaak dat aanbieders tijdig facturen bij de budgethouder indienen en budgethouders tijdig declareren. In geval van een vast maandbedrag en een arbeidsovereenkomst kan worden afgesproken dat tegen het einde van de maand de SVB uitbetaalt. Overigens is het niet meer dan logisch dat een

budgethouder pas betaalt nadat de zorg is geleverd. Dat is het ook uitgangspunt van het trekkingsrecht.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de tarieven voor intensieve kindzorg. Het Kamerlid Dijkstra constateert dat de hoogte van de tarieven nog niet bekend is en vraagt of de staatssecretaris daarnaar wil kijken en bereid is het overgangsrecht aan te passen.

Bij intensieve kindzorg is in veel gevallen sprake van zorg die door ouders zelf aan hun kinderen wordt geboden met een persoonsgebonden budget (pgb). Daarnaast wordt vaak ook zorg door professionals ingezet met het pgb.

Zorgverzekeraars zijn vanaf 7 november jl. begonnen met het per brief informeren van hun verzekerden over het budget dat zij per 1 januari 2015 kunnen verwachten. Daarbij hebben ze hun verzekerden kunnen informeren over het tarief dat zij zullen aanhouden voor de professionele zorg die wordt ingezet met het pgb.

Daarnaast bestaat het voornemen om bij amvb een maximale vergoeding vast te stellen voor niet-professionals die niet onder de Wmg vallen en voor wie de door de NZa vastgestelde tarieven daarom niet van toepassing zijn. De intentie is daarbij om zoveel als mogelijk aan te sluiten bij de regeling onder de AWBZ, waarbij het niet-professionele tarief onder de Zorgverzekeringswet ook voor bestaande budgethouders zal gaan gelden. Dat betekent dat het voornemen bestaat de maximale vergoeding vast te stellen op € 20,- per uur.

De minister en ik willen een overgangstermijn treffen voor de invoering van het niet-professionele tarief. Die overgangstermijn houdt in dat alle verzekerden die op 31 december 2014 niet-professionele zorg inkopen, tot 1 mei 2015 dezelfde vergoeding ontvangen voor deze niet-professionele zorg, als zij onder de AWBZ kregen. Vanaf 1 mei 2015 zal het niet-professionele tarief voor iedereen gelden die zorg inzet die niet beroeps- of bedrijfsmatig wordt verleend, zoals bedoeld in de Wmg. Verzekerden hebben daarmee voldoende tijd om hun lopende contracten aan te passen. Deze overgangsregeling is afgestemd met ZN en Per Saldo.

Aangezien het niet-professionele tarief pas formeel kan worden vastgesteld, als het wetsvoorstel dat dit mogelijk maakt⁴ is aanvaard door de Eerste Kamer, kunnen verzekerden pas daarna definitief geïnformeerd worden over welke vergoeding voor niet-professionele zorg gehanteerd gaat worden. De behandeling van die wet staat op 9 december gepland.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over onderzoek naar aard en omvang dementie.

Voor het verder verbeteren van de dementiezorg is inzicht in de aard en omvang van de ziekte inderdaad van groot belang. Voor de periode van 2013 – 2016 heb ik €32,5 miljoen beschikbaar gesteld voor het onderzoeksprogramma Memorabel, een van de pijlers van dit het Deltaplan Dementie. Het uitgangspunt daarbij is dat private partijen in het Deltaplan zich inzetten voor de financiering van twee andere pijlers van het plan, te weten de zorginnovatie en sociale innovatie. Onderdeel van de pijler zorginnovatie is de integrale registratie, om het benodigde inzicht in de aard en omvang van dementie te verwerven. Als private partijen hun verantwoordelijkheid niet nemen zal ik ze daarop aanspreken en vragen hoe deze inzet gestand zal worden gedaan.

In antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) of er een analyse van de knelpunten kan worden gemaakt rond de uitwisseling van gegevens en de privacy in de zorg en een plan van aanpak met als uitgangspunt dat de patiënt aan het stuur zit. Hierbij wordt verwezen naar het rapport van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) over de bescherming van en de toegang tot patiëntgegevens in digitale patiëntdossiers uit juni 2013.

Ik hecht groot belang aan de bescherming van persoonsgegevens. Het is mijn verantwoordelijkheid randvoorwaarden te creëren waaronder veilige (elektronische) gegevensuitwisseling kan plaatsvinden. De huidige wetgeving met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens, de geneeskundige behandelingsovereenkomst en het beroepsgeheim waarborgen de bescherming van de persoonsgegevens en de zeggenschap daarover door de patiënt. Daarnaast bevatten de Wmo, de Participatiewet en de Jeugdwet bepalingen over uitwisseling van persoonsgegevens.

In aanvulling hierop is er het wetsvoorstel cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens dat op dit moment ter behandeling voorligt in de Eerste Kamer. De patiënt wordt dankzij dit wetsvoorstel en de daaruit voortkomende acties beter beschermd bij het uitwisselen van zijn (medische) gegevens. Het wetsvoorstel wordt na drie jaar geëvalueerd. Onlangs heb ik gesproken met vertegenwoordigers van de KNMG over medisch beroepsgeheim. Toen is vastgesteld dat patiënten, zorgaanbieders, de overheid en de maatschappij verschillende belangen kunnen hebben ten aanzien van het beroepsgeheim. We hebben afgesproken deze belangen, de rechten en plichten in een factsheet vast te leggen.

Tenslotte bevat de beleidsvisie “Zorgvuldig en bewust: gegevensverwerking en privacy in een gedecentraliseerd sociaal domein” richtlijnen voor het zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens in de gemeentelijke praktijk in het kader van de decentralisaties.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) of de minister wil bekijken of de bekostiging van de huisartsen beter en effectiever kan zodat huisartsen (financieel) worden geprikkeld tot specialisatie en gebruik van het meekijkconsult.

Per 1 januari 2015 wordt het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg ingevoerd dat meer ruimte dan nu biedt voor het belonen van uitkomsten voor de patiënt in plaats van het leveren van verrichtingen.

Naast de huidige mogelijkheden bleek er ook behoefte te zijn om een meekijkconsult als aparte prestatie in segment 3 in te voeren. Met deze prestatie krijgen (groepen) huisartsen de mogelijkheid om onder regie van de huisarts een medisch specialist te consulteren of mee te laten kijken, zonder dat sprake is van een doorverwijzing. Er zijn diverse manieren waarop invulling gegeven kan worden aan het meekijkconsult, de vorm hoe dit wordt

⁴ Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben (Kamerstuk 33362)

georganiseerd staat partijen vrij. Er is juist voor gekozen dit niet dicht te regelen en partijen de ruimte te bieden die zij gegeven de lokale / regionale situatie nodig achten. Dergelijke initiatieven vinden nu nog plaats via de beleidsregel innovatie van de NZa. Dit kan vanaf 2015 georganiseerd worden binnen de reguliere bekostiging.

Ook als huisartsen naar elkaar doorverwijzen, voor bijvoorbeeld het plaatsen van een spiraaltje, kunnen zij met de verzekeraar daarvoor een vergoeding afspreken (ter compensatie van het missen van de opslag van het inschrijftarief voor de patiënten van de andere huisarts). Ik heb vernomen dat dergelijke afspraken ook worden gemaakt. Ook binnen zorggroepen zijn mij initiatieven bekend waar huisartsen zich verder specialiseren. Deze initiatieven laten zien dat de nieuwe bekostiging geen belemmering vormt voor verdere specialisatie van huisartsen. Overigens is in de discussie over het spiraaltje duidelijk zichtbaar dat bekostiging per verrichting (het zetten van een spiraaltje) als het eenmaal is gaan behoren tot reguliere huisartsenzorg ook kan worden bekostigd via het inschrijftarief (dat dan uiteraard wordt verhoogd). Daarvoor was massaal de voorkeur uitgesproken, via segment 3 kan dan weer relatief nieuwe zorg worden gefinancierd (bv. het meekijkconsult) waardoor vernieuwing en verbetering een doorlopende cyclus vormt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) wanneer het voor verzekerden duidelijk moet zijn wat de gecontracteerde zorg is voor 2015. Zorgverzekeraars zijn verplicht om informatie over wijzigingen in hun zorgverzekering en aanvullende verzekering aan hun verzekerden te verstrekken. Deze informatie moet zowel op de website van de verzekeraar staan, als in de polisvoorwaarden worden opgenomen. Tevens dienen zorgverzekeraars die met gecontracteerde zorgaanbieders werken, op de website een overzicht te zetten van alle gecontracteerde zorgaanbieders, zodat consumenten kunnen nagaan uit welke zorgaanbieders zij kunnen kiezen en hun voorkeur kunnen bepalen. Dit geldt voor het lopende polisjaar t en –voor zover mogelijk– voor het polisjaar t+1. Het overzicht moet zo actueel mogelijk zijn en moet voorzien zijn van een algemeen toelichtende tekst dat tijdens de overstapperiode nog niet alle contracten afgesloten zijn en dat alle gecontracteerde zorgaanbieders zodra ze zijn afgesloten op de website worden geplaatst. Daarnaast moet in de polisvoorwaarden een verwijzing zijn opgenomen dat een lijst met gecontracteerde zorgaanbieders op de website van de zorgverzekeraar te vinden is met daarbij een weblink. Dit is door de NZa geregeld in de “Beleidsregel Informatieverstrekking Zorgverzekeraars”, waarmee de NZa invulling geeft aan het toezicht op art 40 lid 1 tot en met 3 van de WMG. Indien verzekerden de verplichtingen uit deze beleidsregel niet naleven kan de NZa handhavend optreden. In het wetsvoorstel waarmee artikel 13 van de Zorgverzekeringswet wordt gewijzigd, is een forse prikkel opgenomen voor zorgverzekeraars om uiterlijk zes weken voor de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar aan verzekerden inzicht te geven in het gecontracteerde zorgaanbod. Zorgverzekeraars zullen de volledige kosten van zorg moeten vergoeden als een verzekerde zes weken voor het einde van het voorgaande jaar niet had kunnen weten dat een door hem ingeroepen zorgaanbieder niet gecontracteerd was (art 13 lid 2 sub d Zvw). Indien het wetsvoorstel voor het einde van dit jaar door de Eerste Kamer wordt aangenomen, zal het wetsvoorstel met ingang van 2015 in werking treden. Dit betekent dat voor de overstapperiode 2015-2016 het betreffende artikel voor het eerst van toepassing zal zijn.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over onenigheid tussen de DNB en zorgverzekeraars over de buffers. De minister van Financiën heeft tijdens de Algemene Financiële Beschouwingen in de Eerste Kamer toegezegd dat het Kabinet een brief zal sturen over de verhouding tussen Solvency II, de eisen van DNB en de reserves van zorgverzekeraars. Ik zal deze brief mede schrijven of ondertekenen en ook aan de Tweede Kamer sturen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de doelstellingen van de Exporttop Zorg in december 2014 en wanneer de top geslaagd is. De Nederlandse zorg heeft de economie veel te bieden, onder meer door de export van haar kennis en kunde. Het lukt de zorgsector echter nog onvoldoende om met één gezicht naar

buiten te treden en zich internationaal strategisch te profileren. Als we als Nederlandse zorgsector met overtuiging en één gezicht naar buiten treden en ons internationaal strategisch weten te profileren, biedt dit extra kansen om met de zorgsector ook inkomsten te genereren.

Ik wil daarom proberen zoveel mogelijk win-win situaties in het buitenland te creëren voor de sectoren zorg, overheid, bedrijfsleven, onderwijs en onderzoek, waardoor een impuls wordt gegeven aan de zorg als economische sector. Daarvoor is het nodig om samen met alle relevante partijen een gezamenlijk beeld over de sterktes van de sector te ontwikkelen, waarmee boven de individuele belangen wordt uitgestegen. Dit lukt natuurlijk niet in één bijeenkomst alleen. Deze top zal wel input geven voor een dergelijk beeld. Met dit beeld kan vervolgens draagvlak worden gecreëerd voor een gezamenlijke aanpak.

In dit kader is het concrete doel van de top om te komen tot:

- Consensus over de kracht van de Nederlandse zorgsector zodat alle partijen hier in het buitenland eenduidig over kunnen communiceren;
- Een succesvolle uitwisseling van kennis en ervaring over kansen en knelpunten die de sector ervaart bij export van zorg in al zijn facetten;
- Draagvlak voor beperkt aantal inhoudelijke thema's / Unique Selling Points. Deze thema's moeten aansluiten bij zowel de beleidsagenda VWS als de agenda van de topsector LSH inclusief de zorgsector;
- Draagvlak voor een communicatiestrategie. Op basis hiervan kan in het vervolgtraject materiaal worden ontwikkeld dat we in buitenland gaan gebruiken;
- Een agenda voor de korte termijn (2 jaar) gericht op de noodzakelijke ondersteuning voor de sector bij export, kennisoverdracht en acquisitie. Voor de deelnemers: inspiratie op doen voor nieuwe initiatieven en contact leggen met nieuwe partners.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over het doorlichten van regelgeving en bekostiging op belemmeringen voor innovaties, zoals de terughoudendheid van zorgverzekeraars om innovatieve pilots te vergoeden.

Er zijn in de afgelopen jaren veel succesvolle initiatieven geweest op het gebied van innovatieve zorg. Initiatieven die leiden tot goede kwaliteit van zorg en leven, met lagere kosten en minder administratieve lasten. Tegelijkertijd stoppen deze initiatieven vaak zodra de subsidie voor deze pilots opdroogt. Het is dus niet zozeer zaak om nieuwe initiatieven te gaan vergoeden, maar bewezen succesvolle initiatieven op te schalen en breed te implementeren. De staatssecretaris en ik hebben in onze brief over e-health en zorgverbetering van 2 juli toegelicht hoe wij dit willen realiseren. In dit kader zijn wij met verzekeraars in gesprek om te bevorderen dat zij innovatieve zorg, die zich al bewezen heeft, als een regulier onderdeel van de zorg gaan inkopen. Zij hebben toegezegd hier actief stappen in te zetten de komende periode.

Vorig jaar heeft de NZa een onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheden en belemmeringen in de huidige bekostigingsstructuur en regelgeving voor het toepassen van e-health in de medisch specialistische zorg¹. Daarin is geconcludeerd dat er binnen de huidige regelgeving en bekostiging al veel mogelijkheden zijn om e-health te financieren en mee te nemen in onderlinge contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Er lijkt dus sprake van een discrepantie tussen wat er in de bekostiging kan, en wat er daadwerkelijk afgesproken wordt. De knelpunten in de bekostiging zelf die in dit onderzoek naar voren kwamen, zijn aangepakt. Dit betreft bijvoorbeeld dat het mogelijk is gemaakt om de activiteit telemonitoring als onderdeel van een DBC-zorgproduct te registreren, dat e-health als prestatie is opgenomen in segment 3 van de nieuwe huisartsenbekostiging en dat de prestatie (medische specialistische) consultatie is opgenomen in de nieuwe huisartsenbekostiging (het meekijkconsult), die per 1 januari 2015 wordt ingevoerd. Momenteel ben ik in gesprek met o.a. verzekeraars over de wijze waarop zij een bijdrage kunnen leveren aan de ambities die in de brief van 2 juli 2014 zijn verwoord.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over drug rediscovery.

Ja, ik ben het met Kamerlid Dijkstra eens dat drug rediscovery kansen biedt om de zorg betaalbaar te houden. Het stimuleren van drug rediscovery is van belang, het uitgangspunt van de Geneesmiddelenwet blijft immers dat geneesmiddelen geregistreerd worden en dus on-label worden ingezet bij patiënten. Ik hecht daarnaast ook sterk aan het registreren van bijwerkingen en het hebben van een redelijke prijs voor het geneesmiddel.

Zoals ik ook in mijn beantwoording op Kamervragen over Tecfidera (Kamerstukken 2014-2015, 2014Z17246) heb aangegeven, zal ik drug rediscovery met partijen bespreken en uw Kamer hierover informeren. Tijdens deze besprekingen met partijen zal ik de aanbevelingen van het rapport van ZonMw ook bespreken en bezien of het haalbaar is de gedane aanbevelingen, voor zover dat nog niet is gedaan, te implementeren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de evaluatie van het Masterplan Orgaandonatie.

Naast het beslissysteem bestaat het Masterplan Orgaandonatie uit de onderdelen kwaliteitsverbetering in ziekenhuizen, positieve, op inhoud gerichte voorlichting en het wegnemen van barrières rond donatie bij leven.

Ik heb toegezegd de uitkomsten van de evaluatie van de pilots in de ziekenhuizen, gericht op een verdere kwaliteitsverbetering in de ziekenhuizen, binnen enkele weken naar de Kamer te sturen. Deze evaluatie is begin 2013 gestart en geeft uitsluitsel over de kwalitatieve en kwantitatieve resultaten van de pilots die de afgelopen jaren in de verschillende donatieregio's zijn uitgevoerd. Ik zal dan ook aangeven waarom ik besloten heb om de subsidie voor de landelijk uitgerolde pilots te verlengen tot en met 2016 en onder welke voorwaarden.

Voor wat betreft de positieve, op inhoud gerichte voorlichting is de effectmeting van de campagne rond de donorweek bijna afgerond. De resultaten hiervan stuur ik graag mee met de evaluatie van de pilots in de ziekenhuizen. Daarbij zal ik beknopt in gaan op het effect van de campagne in het algemeen. Aangezien de effectmeting nog niet helemaal is afgerond, kan ik u de informatie over de pilots in ziekenhuizen en de campagne begin december opsturen.

De subsidieregeling Donatie bij leven die gestart is in 2009, als uitvoering van het onderdeel wegnemen barrières rond donatie bij leven, zal in de eerste helft van 2015 worden geëvalueerd.

Naar mijn mening heb ik hiermee voldaan aan de wens om het Masterplan Orgaandonatie te evalueren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over 'genetische bijvangst', het recht van patiënten om die te weten, of anderen die informatie mogen krijgen, hoe artsen, wetenschappers en patiënten daar mee om moeten gaan, wat de mogelijkheden zijn en wat de ethische, medische, economische en juridische gevolgen zijn.

Patiënten hebben een recht op informatie. Dat is vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Dat recht omvat ook informatie omtrent DNA gegevens. Wanneer die gegevens in het kader van een behandeling worden verzameld, geldt daarop net als bij andere medische gegevens het beroepsgeheim, en is de arts tot geheimhouding jegens derden verplicht.

Bij hulpverlening is een belangrijk uitgangspunt dat patiënten met hun hulpverlener bespreken welk onderzoek nodig is, en dat ook alleen gericht onderzoek gedaan wordt. Op die manier kunnen onverwachte bevindingen, ook wel nevenbevindingen genoemd, zoveel mogelijk worden voorkomen. Helemaal uit te sluiten zijn ze natuurlijk niet.

De Gezondheidsraad heeft op 6 mei 2014 een rapport aangeboden, dat ingaat op de vraag of dit soort informatie gegeven moet worden, gelet op enerzijds het belang van informeren en anderzijds het recht op niet-weten. Ook kunnen bevindingen patiëntenodeloos ongerust maken. Van belang is met name goede informatievoorziening aan de patiënt voorafgaand aan onderzoek waarbij nevenbevindingen gedaan kunnen worden. Op die manier hebben

patiënten de mogelijkheid een afweging te maken of ze erover geïnformeerd willen worden als er nevenbevindingen zijn, of dat zij een beroep op het recht op niet-weten willen doen.

De Gezondheidsraad signaleert verder dat beroepsgroepen richtlijnen dienen te ontwikkelen voor het omgaan met nevenbevindingen. Ik steun die gedachte van de Gezondheidsraad. Ter ondersteuning van de ontwikkeling van richtlijnen heeft de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en –recht van de Gezondheidsraad in het advies een ethisch-juridisch kader opgenomen, zodat daarnaar kan worden verwezen.

Wat economische gevolgen van een toename van DNA-onderzoek betreft is van belang dat in de Wet medische keuringen een verbod is opgenomen ten aanzien van het vragen naar specifieke erfelijke gegevens wanneer de verzekerde som onder een bepaald bedrag valt (de zgn. vragengrens). Bovendien is door het Verbond van verzekeraars een moratorium voor erfelijkheidsonderzoek opgenomen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dijkstra (D66) over de visie van de minister op de angst van medisch specialisten en artsen dat zij moeten beslissen over de vraag “Moet alles wat kan”?

In mijn Kamerbrief van 1 juli jl. (29 689, nr. 535) ben ik uitvoerig ingegaan op de rol van zowel artsen als patiënten als het gaat om de vraag “Moet alles wat kan”.

Ik geef in de brief aan dat artsen vanuit hun beroepsethiek een beslissing moeten kunnen nemen over de zinvolheid van hun handelen. In het ZonMw signalement over “Moet alles wat kan?” worden dergelijke vragen ook opgeworpen. ZonMw heeft de samenwerking gezocht met de KNMG-stuurgroep “Passende zorg in de laatste levensfase”. Aan deze samenwerking nemen meerdere veldpartijen deel. Samen zijn zij aan de slag met de onderzoeksvragen die ZonMw in haar signalement naar voren heeft gebracht. Dit betreft zowel de wetenschappelijke kant van de vragen, als ook handvatten voor artsen en patiënten voor het nemen van behandelbeslissingen. Richtlijnen en protocollen dienen eraan bij te dragen dat artsen en patiënten wederzijds weten waar ze op kunnen rekenen en waar ze elkaar op kunnen aanspreken. Willekeur kan zo worden voorkomen.

Een extra onderzoek acht ik nog niet aan de orde. ZonMw en de KNMG zijn immers nog volop bezig.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over bezorgde mensen en of zij een brief hebben ontvangen.

Het Rijk draagt verantwoordelijkheid voor de algemene informatievoorziening over de Hervorming van de Langdurige Zorg. Gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en aanbieders informeren mensen over hun situatie in 2015. Cliënten die binnen de Wlz in 2015 hun zorg ontvangen worden hierover geïnformeerd door hun zorgkantoor. Een aparte groep hierin zijn Wlz indiceerbaren, die een brief ontvangen hebben van het CIZ.

Cliënten die voor wijkverpleging en/of intensieve kindzorg overgaan naar de Zorgverzekeringswet worden door de verzekeraars geïnformeerd. Zorgverzekeraars informeren verzekerden nog deze maand over de veranderingen in het verzekerde pakket via het toezenden van de polisvoorwaarden. Hiermee worden cliënten over de zorg in natura geïnformeerd. Alle Zvw-pgb-houders, waaronder cliënten met intensieve kindzorg, ontvangen een brief van hun verzekeraar. Deze brief informeert mensen over de hoogte van het pgb en de veranderingen.

Cliënten die van ondersteuning binnen Wmo 2015 gebruik zullen maken worden geïnformeerd door de gemeente. Echter niet in alle gevallen worden cliënten voor 1 januari door de gemeenten persoonlijk geïnformeerd. Gemeenten zetten in op zorgcontinuïteit. Soms wordt het contact met de cliënt geïnitieerd als de indicatie van de cliënt afloopt en er in een gesprek aan de orde komt welke toekomstige zorg en/of ondersteuning nodig is of als de aanbieder wijzigt. Vanuit gemeenten worden pgb-houders Wmo en Jeugd persoonlijk per brief geïnformeerd over hun individuele situatie in 2015. In deze brief staat informatie over de omvang van het budget van de pgb-houder in 2015 en (veelal) informatie over het overgangsrecht en/of eigen bijdrage. Indien mensen geen brief hebben ontvangen maar dit

wel verwachtten, kunnen zij contact opnemen met hun gemeente, zorgkantoor of verzekeraar. Het is ook altijd mogelijk contact op te nemen met het informatiepunt Landurige Zorg en Jeugd. Zij zorgen voor een warme overdracht naar de juiste partij en kunnen acteren als een burger tussen wal en schip dreigt te vallen.

Bij alles benadruk ik dat voor alle cliënten overgangsrecht geldt, waarmee continuïteit van zorg geborgd is.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over onduidelijkheid bij partijen (onder andere de zorgkantoren) over afspraken die zijn gemaakt. Ik spreek regelmatig met alle partijen uit het veld (o.a. vertegenwoordigers van cliënten, zorgaanbieders en gemeenten) en indien ik signalen ontvang dat partijen zich niet aan de afspraken houden dan spreek ik ze daarop aan. Ook de andere partijen kunnen elkaar daar op aanspreken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen aangenomen motie over het objectieve verdeelmodel Wmo 2015. Ik heb bij de publicatie van het onderzoek naar het verdeelmodel Wmo 2015 eind augustus de Raad voor de financiële verhoudingen en de VNG om advies gevraagd over zowel het model als het ingroeipad. In de Buitengewone Algemene Leden Vergadering van de VNG van afgelopen maandag is besloten dat VNG een analyse laat uitvoeren naar de objectieve verdeelmodellen voor de Wmo 2015 en Jeugd. Daarnaast zal de VNG het ingroeipad voor de verdeelmodellen monitoren. Ik wil het advies van de VNG afwachten om vervolgens gezamenlijk met de VNG en de fondsbeheerders (Ministeries van BZK en Financiën) te bezien wat moet en kan worden aangepast.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over tekorten op het budget beschermd wonen bij sommige gemeenten, waaronder Assen, en de mogelijke problemen die dat oplevert.

De budgetten voor beschermd wonen worden inderdaad door het Rijk zonder korting overgeheveld. Ik kreeg echter afgelopen maand signalen dat voor sommige centrumgemeenten het budget onvoldoende lijkt. Ik heb met de wethouders van de centrumgemeenten afgesproken dat gemeenten die dit betreft zich kunnen melden. Zij krijgen ondersteuning van specialisten om vast te stellen wat precies het probleem is, hoe groot dat is en of een oorzaak kan worden vastgesteld. Deze week zijn die specialisten bijvoorbeeld in Assen geweest. Over analyses en oplossingsrichtingen overleg ik volgende week met de VNG. Ik heb er vertrouwen in dat ik dan goede afspraken kan maken waardoor de inkoop – daar waar dat nog niet is gebeurd – kan worden afgerond. Ik heb op dit moment geen aanleiding te veronderstellen dat er negatieve gevolgen voor cliënten zullen zijn.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over experimenteerruimte voor dementiezorg

Met mevrouw Dik-Faber vind ik de mogelijkheid om te kunnen experimenteren in de Wlz een belangrijke verbetering ten opzichte van de huidige situatie. Als blijkt dat er onvoldoende kennis aanwezig is bij het veld over de mogelijkheden hiervan, zal ik zeker in gesprek met het veld gaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over casemanagement bij dementie
In het AO Zorgverzekeringswet van 3 juli jl. heb ik aangegeven dat in de Zorgverzekeringswet een aparte prestatie ketenzorg dementie zal gelden. De NZa heeft hiertoe een beleidsregel ketenzorg dementie vormgegeven in de Zorgverzekeringswet in overleg met partijen.

Gebruikmaking van deze beleidsregel leidt er toe dat in 2015 de bestaande netwerkstructuren voor ketenzorg dementie in stand gehouden kunnen worden. Hieronder valt onder andere de regiefunctie en de coördinatie.

Casemanagement aan mensen met dementie valt onder de reguliere prestaties verpleging en verzorging. Het is immers individueel toewijsbare zorg.

Dit betekent dat zowel de regie en coördinatie van de ketens als het casemanagement in 2015 gefinancierd worden. Het budget dat beschikbaar is in de AWBZ voor regie, coördinatie

en casemanagement gaat integraal – zonder taakstelling – mee over naar de Zorgverzekeringswet.

Verzekeraars hebben aangegeven het van belang te vinden de ketens in 2015 in stand te houden. Dit past ook bij de zorgplicht die op verzekeraars rust om de ketenzorg dementie en de inzet van casemanagers daarbij te contracteren. De contractering door zorgverzekeraars is op dit moment nog gaande.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de toekomst van Joods Maatschappelijk Werk (JMW) en of JMW uiteindelijk een plek in de Wmo moet krijgen. Ik verken al geruime tijd met JMW hoe de diverse functies (zorg voor oorlogsgetroffenen, maatschappelijk werk en jeugdzorg) duurzaam belegd kunnen worden, nu met de afname van de eerste generatie oorlogsgetroffenen de subsidie aan JMW navenant wordt afgebouwd. Ik committeer mij aan de continuïteit van zorg voor de oorlogsgetroffenen. Organisaties voor andere groepen oorlogsgetroffenen zijn de afgelopen jaren door een zelfde proces van herpositionering gegaan. Wat daarbij opvalt is dat er maatwerk nodig is. Ik wil graag actief meedenken met het JMW als laatste van deze begeleidende instellingen over de nieuwe richting en waar mogelijk de overgang naar de nieuwe situatie te faciliteren.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de stijging van de zorglasten. De gemiddelde nominale premie inclusief collectiviteitskortingen stijgt van 2014 op 2015 met ruim € 70 (circa 7%) tot circa € 1.170. Dit is circa € 40 lager dan de geraamde premie in de VWS-begroting van € 1.211.

Van deze premiestijging wordt € 20 veroorzaakt door de overhevelingen vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Tegelijkertijd daalt door de overhevelingen de premie voor langdurige zorg (vanaf 2015 de Wlz-premie).

Het grootste deel van de premiestijging in de Zorgverzekeringswet staat los van de overhevelingen en valt toe te schrijven aan de wettelijke correctie van de verhouding tussen wat mensen zelf aan zorgpremie betalen en het deel dat via de werkgever loopt: de inkomensafhankelijke bijdrage. Deze verhouding moet 50-50 zijn, maar de afgelopen jaren bleek de inkomensafhankelijke bijdrage te hoog vastgesteld, doordat na vaststelling op 50-50 basis, de verzekeraars hun premies lager vaststelden. Dat wordt nu gecorrigeerd. Tegenover de stijging in de nominale premie staat daarom een verlaging van de inkomensafhankelijke bijdrage. Die inkomensafhankelijke bijdrage daalt van 2014 op 2015.

De gemiddelde totale zorgkosten per volwassene dalen van 2014 op 2015. In de begroting werd een daling voorzien van € 5.090 naar € 5.075 (zie pagina 8 in de Memorie van Toelichting van de begroting). Nu de nominale premie (en daarmee de zorgtoeslag) lager uitkomt dan geraamd in de begroting, zullen de totale lasten in 2015 naar verwachting uitkomen op circa € 5.050. Hierin is ook rekening gehouden met de ontwikkeling van AWBZ/Wlz-premies, de belastingen ter dekking van rijksbijdragen en de inkomensafhankelijke bijdrage.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het gat tussen natura en restitutie premies.

Het klopt dat er verschil zit tussen de premie van de restitutiepolis en de naturapolis. Echter, de gemiddelde premiestijging 2014-2015 van een restitutiepolis en een naturapolis verschillen maar weinig van elkaar. Beide premies stijgen met circa 6%. Het premieverschil is daarmee constant op ongeveer 3 euro per maand. Overigens is dit verschil logisch gezien er ook kostenverschillen aan ten grondslag liggen. Vermeldenswaardig is nog dat het verschil tussen de hoogste en de laagste premie van 30 euro naar 24 euro per maand is.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de stand van zaken met betrekking tot de aangenomen motie waarbij de minister wordt opgeroepen om te zoeken naar wettelijke mogelijkheden om risicoselectie te voorkomen.

De NZa heeft geconstateerd dat zorgverzekeraars steeds meer proberen om verzekerdenstromen te sturen. Zorgverzekeraars voeren een beleid gericht op bepaalde doelgroepen, waarbij praktische drempels worden opgeworpen voor niet-leden van de

betreffende doelgroep. Dit gebeurt bijvoorbeeld via informatieverstrekking en de vindbaarheid van polissen op de website of door het beperken van de toegang tot de aanvullende verzekering. De NZa concludeert dat deze ontwikkeling kan leiden tot risicoselectie. Zij heeft deze zorg geconstateerd in het eerder dit jaar verschenen Verdiepend Onderzoek naleving acceptatieplicht door zorgverzekeraars. Hierin onderstreept de NZa dat het sturen van verzekerdenstromen onwenselijk kan zijn vanuit het perspectief van de toegankelijkheid en de solidariteit van het zorgstelsel. Ik deel deze opvatting. In mijn beleidsreactie (Kamerstukken TK 2013-2014, 29689, nr. 517) daarop heb ik daarom aangegeven dat - hoewel het sturen van verzekerdenstromen momenteel binnen de toegestane wettelijke kaders blijft - het belangrijk is de manieren waarop zorgverzekeraars hieraan uitvoering geven nauwlettend te volgen en ik zal ook niet schromen zo nodig maatregelen te nemen. Ik steun daarnaast de acties die de NZa neemt om deze praktijken tegen te gaan.

De NZa voert op dit moment een nieuw onderzoek uit naar risicoselectie, dat in mei 2015 gereed is. Het onderzoek richt zich op verliesgevende groepen en de aard van de in- en uitstroom van verzekerden per polis en per risicodragers. Ook gaat de NZa de verhouding tussen de wettelijk verplichte zorgverzekering en de vrijwillige aanvullende verzekering bij de sturing van verzekerden onderzoeken.

De NZa onderneemt daarnaast acties om te zorgen dat de feitelijke toegang tot één en dezelfde basisverzekering voor alle verzekerden gelijk blijft:

- De NZa zal de transparantie-eisen aanscherpen om te voorkomen dat zorgverzekeraars bepaalde doelgroepen automatisch naar een bepaalde polis sturen.
- De NZa zal nagaan of het mogelijk is om verschillende inschrijfeisen (bijvoorbeeld via internet) voor verschillende doelgroepen te verbieden.
- De NZa doet nader onderzoek naar de sturingsmogelijkheden van volmachten en intermediairs.

De NZa houdt mij op de hoogte van de voortgang van hun onderzoek en acties en ik zal u hierover informeren. Ik zal daarnaast onderzoeken welke maatregelen ik kan nemen tegen het sturen van verzekerdenstromen.

Hiernaast heeft continu onderhoud van het risicovereveningssysteem mijn aandacht, aangezien één van de prikkels voor risicoselectie kan liggen in de risicoverevening.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de berichten dat de tarieven ontoereikend zijn en de tarieven voor intensieve kindzorg nog niet bekend zijn en het moeilijk overstappen is voor mensen met een PGB ?

De berichten dat de tarieven niet toereikend zijn hebben betrekking op twee punten.

Om te beginnen gaat het daarbij om de tarieven die zorgverzekeraars vaststellen. Zorgverzekeraars hebben onder de Zorgverzekeringswet de bevoegdheid en verantwoordelijkheid om de vergoeding te bepalen die zij aan hun verzekerden bieden. In de bestuurlijke afspraken over het Zvw-pgb tussen ZN, Per Saldo en VWS is daarover afgesproken dat zorgverzekeraars zorg dragen voor een toereikend tarief of een toereikende vergoeding. Zorgverzekeraars informeren verzekerden nog deze maand over de veranderingen in het verzekerde pakket via het toezenden van de polisvoorwaarden. Hiermee worden cliënten over de zorg in natura geïnformeerd. Ook alle Zvw-pgb-houders, waaronder cliënten met intensieve kindzorg, ontvangen een brief van hun verzekeraar. Deze brief informeert mensen over het tarief dat zij zullen aanhouden voor de professionele zorg die wordt gezet met het pgb.

Daarnaast zijn er zorgen over de invoering van het niet-professionele tarief. Het voornemen bestaat om bij amvb een maximale vergoeding vast te stellen voor niet-professionals die niet onder de Wmg vallen en voor wie de door de NZa vastgestelde tarieven daarom niet van toepassing zijn. De intentie is daarbij om zoveel als mogelijk aan te sluiten bij de regeling onder de AWBZ, waarbij het niet-professionele tarief onder de Zorgverzekeringswet ook voor bestaande budgethouders zal gaan gelden. Dat betekent dat het voornemen bestaat de

maximale vergoeding vast te stellen op € 20,- per uur.

De minister en ik willen een overgangstermijn treffen voor de invoering van het niet-professionele tarief. Die overgangstermijn houdt in dat alle verzekerden die op 31 december 2014 niet-professionele zorg inkopen, tot 1 mei 2015 dezelfde vergoeding ontvangen voor deze niet-professionele zorg, als zij onder de AWBZ kregen. Vanaf 1 mei 2015 zal het niet-professionele tarief voor iedereen gelden die zorg inzet die niet beroeps- of bedrijfsmatig wordt verleend, zoals bedoeld in de Wmg. Verzekerden hebben daarmee voldoende tijd om hun lopende contracten aan te passen. Deze overgangsregeling is afgestemd met ZN en Per Saldo.

Aangezien het niet-professionele tarief en de hierboven geschetste overgangstermijn pas formeel kunnen worden vastgesteld, als het wetsvoorstel dat dit mogelijk maakt⁵ is aanvaard door de Eerste Kamer, kunnen verzekerden pas daarna definitief geïnformeerd worden over welke vergoeding voor niet-professionele zorg gehanteerd gaat worden. De behandeling van die wet staat op 9 december gepland.

Ten aanzien van de vraag over overstappen het volgende. Voor de basisverzekering bestaat in de Zorgverzekeringswet een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. Bij sommige verzekerden bestaat de angst om niet geaccepteerd te worden of een hogere premie te moeten gaan betalen voor hun aanvullende verzekering, indien zij overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Het rapport over de evaluatie Zorgverzekeringswet meldt dat dit voor 15% van de ouderen en chronisch zieken een belangrijke reden is om niet te wisselen van verzekeraar. In de praktijk blijkt echter dat maar vier van de 35 labels (merknamen) van zorgverzekeraars aanvullende vragen stellen voorafgaand aan toelating bij het afsluiten van een aanvullende verzekering. Alhoewel dus wel degelijk de perceptie bestaat bij sommige verzekerden (met name bij ouderen en chronisch zieken) dat het niet aanwezig zijn van een acceptatieplicht voor de aanvullende verzekering de keuzevrijheid van de verzekerde aantast, lijkt dit in de praktijk nauwelijks het geval te zijn. Daarnaast geeft de NZa aan dat de toegankelijkheid van zowel de basis- als aanvullende verzekering goed te noemen is.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het evenwicht in de contracteerrelatie tussen fysiotherapeuten en zorgverzekeraars.

Regelmatig ontvang ik klachten van eerstelijnsaanbieders over het contracteerproces door verzekeraars. Scherpe inkoop door verzekeraars kan echter ook voordelen opleveren. Zolang deze worden doorgegeven aan de verzekerde, is dat mijns inziens niet bezwaarlijk. Er zijn diverse initiatieven genomen om het contracteerproces tussen zorgverzekeraars en (vrijgevestigde) eerstelijnsaanbieders te stroomlijnen. De NZa heeft in samenspraak met vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de eerste lijn Good Contracting Practices opgesteld in 2010. Deze zijn in 2013 geëvalueerd en in maart 2014^[1] heeft de NZa nieuwe Good Contracting Practices gepubliceerd. Ook hebben zorgverzekeraars binnen het "Programma Kwaliteit" hun krachten gebundeld om samen betekenisvolle kwaliteitsinformatie te genereren. Zorgverzekeraars willen hierbij een gezamenlijke en uniforme werkwijze hanteren, waardoor administratieve lasten voor zorgaanbieders verminderen. In mijn brief over de verslagen van en de reactie op de bijeenkomsten over samenwerking en mededinging in de curatieve zorg van juli 2014 heb ik een aantal voorbeelden gepresenteerd van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnszorg die zo met elkaar wist samen te werken dat dit een positieve uitwerking had op de contractrelatie met verzekeraar (<http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2014/07/22/aanbiedingsbrief-bij-verslagen-van-de-zes-bijeenkomsten-in-de-curatieve-zorg/aanbiedingsbrief-bij-verslagen-van-de-zes-bijeenkomsten-in-de-curatieve-zorg.pdf>).

Het is van groot belang dat er best practices door de beroepsvereniging worden

⁵ Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten, teneinde te voorkomen dat zorgverzekeraars zelf zorg verlenen of zorg laten aanbieden door zorgaanbieders waarin zij zelf zeggenschap hebben (Kamerstuk 33362)

[1] NZa, 'Good Contracting Practices zorgverzekeraars en vrije beroepsbeoefenaren', maart 2014, te raadplegen via www.nza.nl

uitgewisseld.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) of de minister een onderzoek wil uitvoeren naar de informatie die zorgverzekeraars uitvragen bij zorgaanbieders. De contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn een privaatrechtelijke aangelegenheid. Zorgverzekeraars hebben binnen het "Programma Kwaliteit" hun krachten gebundeld om samen betekenisvolle kwaliteitsinformatie te genereren. Zorgverzekeraars willen hierbij een gezamenlijke en uniforme werkwijze hanteren, waardoor administratieve lasten voor zorgaanbieders verminderen. Dit vind ik nodig en ben er derhalve zeer positief over. Hiernaast krijgen zorgverzekeraars per 2015 de verplichting opgelegd (indien het wetsvoorstel waarmee art 13 Zorgverzekeringswet wordt gewijzigd tijdig door de EK wordt aangenomen) om voor 1 april voorafgaand aan het nieuwe verzekeringsjaar transparant te zijn over het inkoopbeleid, het kwaliteitsbeleid en de inkoopprocedure. Op die manier wordt tijdig inzichtelijk welke gegevens verzekeraars nodig hebben voor de contractering.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de noodzaak van een transparant inkoopbeleid bij contractering van huisartsen. In het wetsvoorstel waarmee artikel 13 van de Zorgverzekeringswet wordt gewijzigd, is een aantal verplichtingen voor zorgverzekeraars opgenomen. Verzekeraars worden verplicht om de procedure van zorginkoop en het inkoopbeleid plus kwaliteitsbeleid voor het daaropvolgende jaar vóór 1 april kenbaar te maken. Daarnaast dienen verzekeraars transparant te zijn hoe zij zorgaanbieders op een non-discriminatoire wijze behandelen gedurende de zorginkoopprocedure. Dit betekent onder andere dat zorgaanbieders niet mogen worden uitgesloten op basis van omvang; zowel grote als kleine aanbieders moeten dus toegang hebben tot het proces. Hierdoor krijgen zorgaanbieders een gelijke uitgangspositie. De NZa zal toezien op de naleving van deze verplichtingen. Het is overigens nog te vroeg om aan te geven dat de zorgverzekeraars bij de huisartsen niet de groei inkopen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over het in loondienst brengen van artsen die nu klaar zijn met hun opleiding. Het is nooit de bedoeling geweest om bij de invoering van integrale bekostiging met ingang van 2015 alle specialisten in loondienst te krijgen. Conform de in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gemaakte afspraken ben ik van mening dat er een evenwichtige keuze moet zijn voor vrijgevestigde medisch specialisten om vanaf 2015 óf in vrije vestiging werkzaam te blijven, inclusief het lopen van bedrijfsrisico zoals dat in andere sectoren al jaren het geval is, óf in loondienst. Ik heb geen voorkeur voor het een of het ander. Om evenwicht in de keuzemogelijkheden aan te brengen, is aanvullend beleid ontwikkeld. Zo is in het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg expliciet vermeld dat de medisch specialisten in loondienst niet onder Wet Normering Topinkomens (WNT-3) komen te vallen. Dit is zo afgesproken om te voorkomen dat medisch specialisten massaal uit loondienst zouden vertrekken. Verder is er een regeling in het leven geroepen om naar loondienst overstappende specialisten die nu nog als vrij ondernemer werken, een tegemoetkoming te bieden voor het beëindigen van hun onderneming. Deze regeling heeft dus ook niet als doel om zoveel mogelijk specialisten in loondienst te krijgen, maar alleen om een evenwichtige keuze mogelijk te maken. Wat de toekomst aangaat: niemand weet op dit moment hoeveel specialisten uiteindelijk gebruik gaan maken van de regeling en zullen overstappen naar loondienst. De commissie Meurs heeft eerder geconcludeerd dat het van overheidswege rechtstreeks afdwingen dat specialisten in loondienst werkzaam zijn op juridische bezwaren stuit. Overigens is er al langer een verschuiving gaande naar meer specialisten in loondienst.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) en Krol (50PLUS) over kennis over voeding in de opleiding van artsen en ondervoeding. Vaak wordt voedingsadvies in zorginstellingen gebaseerd op advies van (ter plekke werkende) diëtisten en voedingsdeskundigen. Artsen kunnen ook zelf informatie inwinnen bij diëtisten/voedingsdeskundigen en patiënten naar hen doorverwijzen. Daarnaast biedt het voedingscentrum relevante informatie voor professionals die artsen kunnen gebruiken. Mensen wonen ook steeds langer thuis, waarbij wij het belangrijk vinden dat ze dit met een

goede levenskwaliteit kunnen doen. Het tegengaan van ondervoeding is hierbij belangrijk. Met financiering van het Ministerie van VWS zijn screeningsinstrumenten, behandelprotocollen en Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken over ondervoeding ontwikkeld. Hiermee hebben zorgverleners goede ondersteunende instrumenten in handen om ondervoeding te herkennen en te behandelen. Het gaat er nu om dat de ontwikkelde instrumenten daadwerkelijk in de praktijk worden toegepast. Ik wil eerst uitzoeken in hoeverre deze voor de thuissituatie toepasbaar zijn, voordat ik nu al middelen reserveer voor het laten ontwikkelen van aparte standaarden voor de thuissituatie door de Stuurgroep Ondervoeding.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de nieuwe ambities van JOGG. Het is inderdaad mooi dat nog vóór 2015 de beoogde 75 JOGG-gemeenten (motie Wiegman) bereikt zijn. Ik heb afgelopen maandag de 75e JOGG-gemeente kunnen feliciteren en daarbij ook uitgesproken dat we wat mij betreft nu doorpakken. Ik zie dat we vanuit het Convenant Gezond Gewicht een beweging op gang hebben gebracht en verwacht dat het aantal JOGG-gemeenten ook in 2015 zal toenemen.

Ik noem nu bewust geen nieuw streefgetal. Het gaat namelijk niet alleen om het aantal JOGG-gemeenten, maar juist ook om het verlagen van het overgewicht bij jongeren in die gemeenten. Onlangs (7-11-2014) heb ik zowel de Eerste als de Tweede Kamer geïnformeerd over de op te richten stichting Jongeren Op Gezond Gewicht. In de brief heb ik benoemd dat de bij het Convenant betrokken partijen de ambitie hebben om een daling van het percentage jongeren met overgewicht (inclusief obesitas) ten opzichte van de huidige 11,8%^[1] te realiseren in 2020.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over artsen die aan de bel trekken over het gebruik van energiedrankjes.

Ik ben het met artsen eens dat energiedrankjes voor kinderen niet goed zijn en teveel voor volwassenen ook niet goed is, gelet op het hoge cafeïne- en suikergehalte van deze producten. Energiedrankjes zijn echter één van de vele soorten voedingsmiddelen waarvan teveel eten of drinken niet gezond is. Deze kan ik moeilijk allemaal verbieden.

Ouders en scholen hebben een verantwoordelijkheid om kinderen te leren gezonde keuzes te maken. Het Voedingscentrum heeft, op ons verzoek, al eerder de informatie over energiedrankjes op haar website uitgebreid, waarbij er specifieke aandacht wordt besteed aan kinderen.

Ook worden de wettelijke verplichtingen over de vermelding van hoeveelheid cafeïne en calorieën op productverpakkingen - alsmede waarschuwingen voor consumptie door kinderen en zwangere vrouwen - per 13 december 2014 aangescherpt vanwege de implementatie van Europese regelgeving.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over de verdubbeling van het aantal diabetici in 2025, wanneer er geen gericht beleid wordt gevoerd.

Volgens het RIVM hadden op 1 januari 2011 834.100 mensen diabetes. De kosten voor zorg aan diabetespatiënten bedroegen 1,7 miljard euro in 2011. Dat kwam destijds neer op 1,9% van de totale kosten voor de gezondheidszorg in Nederland. Rekening houdend met de groei en vergrijzing van de Nederlandse bevolking, zal de prevalentie van diabetes in de periode 2011-2030 naar verwachting verder stijgen, met 34% voor mannen en 32% voor vrouwen.

Diabetes door overgewicht is een van de chronische ziekten die door een gezonde leefstijl voorkomen kan worden. Veel partijen, zowel publieke als private, die ondermeer samenwerken in het Convenant Gezond Gewicht, zetten zich hiervoor in. Ook onder de vlag van het Nationaal Programma Preventie wordt in brede zin ingezet op het bevorderen van een gezonde leefstijl. Verder zet dit kabinet in op het verbeteren van het aanbod van voeding door afspraken te maken over het verminderen van calorieën, vet en zout en een gezonde keuze zo gemakkelijk mogelijk te maken. Ook in de behandeling van mensen met diabetes worden continue stappen gezet naar steeds betere zorg. De diabeteszorg in Nederland staat

[1] Permanent Onderzoek Leefstijl Situatie (POLS), Lengte en gewicht van personen, ondergewicht en overgewicht, www.statline.cbs.nl.

internationaal gezien aan de top (Euro Diabetes Index 2014). De invoering van de integrale bekostiging voor diabetes draagt daar mijns inziens ook aan bij.

Ook hebben de grote verzekeraars de handen pre-competitief ineengeslagen en samen met behandelaren en de patiënten preventieve programma's ingezet in het kader van Zelfzorg Ondersteund! Daarin bundelen partijen de krachten om zelfmanagement en preventie op grote schaal geïmplementeerd te krijgen en een structureel onderdeel te maken van de reguliere zorgprocessen. Partijen richten zich in eerste instantie op diabetes en willen de aanpak later ook uitrollen naar andere chronische aandoeningen als COPD.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Dik-Faber (CU) over een passende waardering voor verpleegkundigen en artsen die naar West Afrika gaan.
Ik ben het zeer eens met mevrouw Dik-Faber dat de verpleegkundigen en artsen die nu naar West-Afrika gaan onze waardering verdienen. Inzet van zorgverleners is hard nodig om de ebola-epidemie in West-Afrika te bedwingen. Het is zwaar en verantwoordelijk werk onder moeilijke omstandigheden. Ik wil me ervoor inzetten dat Nederlandse hulpverleners die dit belangrijke werk doen te zijner tijd hiervoor een blijk van waardering ontvangen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) over het behoud van de relatie tussen cliënt en zorgverlener.
Behoud van de relatie tussen patiënt/cliënt en de zorgverlener is inderdaad belangrijk. Het overgangsrecht dat gericht is op zorgcontinuïteit zal in veel gevallen ertoe leiden dat die relatie in stand blijft. Als de zorg anders wordt ingericht met bijvoorbeeld nieuwe aanbieders kan zorgcontinuïteit gepaard gaan met andere zorgverleners.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) over het sturen op uitkomstbekostiging door zorgverzekeraars.
Zorgverzekeraars kunnen meer sturen op het bekostigen van uitkomsten in plaats van verrichtingen/processen dan nu nog vaak het geval is. Het ontbreekt verzekeraars in de bekostigingssystematiek en de regulering niet aan mogelijkheden om daar nu al werk van te kunnen maken. Waar nog wel winst in is te behalen, is het bepalen wat (meetbare) goede zorg is, zodat informatie daarover betekenisvol bij de zorginkoop betrokken kan worden. In de medisch-specialistische zorg worden op dat vlak door alle betrokken partijen stappen gezet door uitvoering te geven aan de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda die in het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is afgesproken. Te denken valt bijvoorbeeld aan de doorontwikkeling van klinische registraties en het ontwikkelen van uitkomsten vanuit het perspectief van de patiënt (Patient Reported Outcome Measures). Ook het Zorginstituut levert een belangrijke bijdrage aan de vergroting van de transparantie over wat goede zorg is. Ik ga er van uit dat de opbrengst van al deze trajecten zijn vertaling zal vinden in de manier waarop zorgverzekeraars afspraken maken met aanbieders over te leveren zorg. Binnen het bestek van de bestuurlijke hoofdlijnenakkoorden ben ik daarover met hen en de andere betrokken brancheorganisaties in gesprek. Een volgende stap is te bezien of de bekostigingssystematiek nog wijzigingen behoeft waar het om sturen op uitkomsten gaat, waarbij ik wel oog houd voor de veelgehoorde roep om rust in de sector als het om bekostigingswijzigingen gaat.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) over de hoge regeldruk in zorginstellingen.
Zowel de staatssecretaris als ik vinden het van groot belang dat regeldruk wordt verminderd. De grote hoeveelheid regels, registraties en verantwoordingsdocumenten dragen niet bij de kwaliteit van zorg en zorgen bovendien voor een verminderd werkplezier van de zorgprofessionals. Hoe minder tijd er nodig is om te voldoen aan administratieve verplichtingen, des te meer tijd er is voor het leveren van zorg.

Mede naar aanleiding van een brief van de heer Rinnooy Kan, in zijn rol als voorzitter van de partijen verenigd in de 'Agenda voor de Zorg', hebben zowel de staatssecretaris als ik toegezegd met een aanval op overbodige zorgbureaucratie te komen. Binnen mijn portefeuille wordt, samen met de uitvoerende partijen, een eerste stap gezet door te bezien

waar belemmeringen in de medisch specialistische zorg en de GGZ weggenomen kunnen worden. Samen met de veldpartijen bezie ik op dit moment waar richtlijnen en zorgstandaarden leiden tot overbodige regels en welke afspraken gemaakt kunnen worden om de regeldruk merkbaar te verminderen. Verder verwacht ik dat het Kwaliteitsinstituut ook een belangrijke bijdrage aan het verminderen van regeldruk gaat leveren. Om dit te borgen, heb ik Actal gevraagd kritisch te kijken naar de ontwikkelingen en mij op de hoogte te stellen als onvoldoende aan deze verwachting wordt tegemoet gekomen. Overigens is de afspraak met de uitvoerende partijen dat zij zelf ook kijken naar de regeldruk die zij intern en elkaar in de keten opleggen, omdat de de overheid slechts voor een deel van de ervaren regeldruk verantwoordelijk is. We betrekken Actal bij dit project. Tegelijkertijd ondernemen we acties die meer inzicht geven in waar regels overbodig zijn en beter weg kunnen (bijvoorbeeld Kafka-traject).

De staatssecretaris zal, in lijn met de toezegging aan de heer Rinnooy Kan, zo spoedig mogelijk na invoering van de stelselwetten een vernieuwingsagenda voor de langdurige zorg opstellen, waar het verminderen van regeldruk een belangrijk onderdeel van is. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de inzichten die de experimenten regelarme instellingen hebben opgeleverd, maar er wordt ook ingezet om de gegevensuitwisseling binnen het zorgdomein te optimaliseren. De vernieuwingsagenda moet medio 2015 gereed zijn. Ook in het actieplan Verbetering kwaliteit verpleeghuiszorg is vermindering van administratieve lasten een van de speerpunten.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) over fusies en kleine zorgaanbieders.

Er is een ontwikkeling gaande waarbij in toenemende mate door besturen van zorgaanbieders wordt gekozen voor een vergaande samenwerking in de vorm van een fusie. Hoewel dit een eigenstandige beslissing is, heeft dit effecten op de inrichting van de zorg zoals wij die nu kennen. De staatssecretaris en ik zien dat er een concentratie plaatsvindt van het aanbod, waardoor het aantal keuzemogelijkheden afneemt en de marktmacht van steeds groter wordende aanbieders toeneemt.

Wij vinden dit, als dit niet inhoudelijk is gemotiveerd, geen goede ontwikkeling. Als gevolg van concentratie vermindert immers de keuze die patiënten hebben tussen de verschillende instellingen. Voor de keuzevrijheid van patiënten is het niet goed als er alleen grote instellingen zouden overblijven en kleinere aanbieders of nieuwe toetreders geen kans hebben. Er kunnen machtsposities ontstaan waardoor gefuseerde zorgaanbieders veel macht kunnen uitoefenen in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Dit kan leiden tot een ongunstige prijs-kwaliteitverhouding voor de verzekerden. Ten slotte kan een machtspositie de prikkel wegnemen om te innoveren en kwalitatief goede zorg te leveren bij de zorgaanbieders ten gevolge van verminderde concurrentiedruk en het uitblijven van nieuwe toetreders. De zorgfusietoets draagt bij aan een weloverwogen besluit met betrokkenheid van de stakeholders. Het Ministerie van VWS analyseert samen met het Ministerie van Economische Zaken en de Autoriteit Consument en Markt de stand van zaken en inventariseert de mogelijkheden binnen de Mededingingswet.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) over een centraal aanspreekpunt bij het ministerie die doorzettingsmacht heeft en die voor schrijnende gevallen snel een oplossing kan bieden.

Ik heb op 16 oktober een informatiepunt langdurige zorg ingesteld, waar mensen terecht kunnen met vragen over hun situatie vanaf 1 januari 2015. Om te voorkomen dat mensen op zich goed worden doorverwezen, maar dat de verzekeraar, het zorgkantoor of de gemeente vervolgens wéér doorverwijst en mensen dan de weg kwijtraken, richt ik een cliënttafel in. Deze cliënttafel staat onder leiding van VWS en bestaat uit vertegenwoordigers van het Zorginstituut Nederland, CIZ, ZN, VNG en de cliëntorganisaties. De cliënttafel geeft een oordeel over meldingen van individuele cliënten die tussen wal en schip dreigen te raken en oordeelt welk nieuw verantwoordelijke partij de vraag van de cliënt dient op te pakken. Deze partij is vervolgens aan zet om adequate ondersteuning en/of zorg te bieden aan de cliënt. De cliënttafel reageert overigens niet alleen op signalen uit het informatiepunt langdurige zorg, maar ook op signalen uit de meldpunten van de NPCF, Sederin of partijen als de ANBO

of CSO. Het team volgt ook of de verantwoordelijke partij de casus van de cliënt snel en adequaat opakt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) over dat goede professionele ondersteuning via de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) mogelijk moet worden gemaakt, aangezien er voor de mantelzorgers geen betaaltitel is. Het begeleiden van mantelzorgers – zoals in het door het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) aangehaalde voorbeeld van Dementelcoach – valt niet onder de definitie van zorg in de WMG. Ik acht het ook niet opportuun mantelzorgondersteuning als zorg te betitelen. Hierdoor heeft de NZa geen bevoegdheid tot het vaststellen van een prestatiebeschrijving voor deze ondersteuning. Dit staat echter niet in de weg, dat zorgverzekeraars Dementelcoach uit eigen middelen kunnen financieren.

Met het Ministerie van BZK en SZW verken ik momenteel nieuwe publiek-private financieringsmogelijkheden voor initiatieven als Dementelcoach, waarbij ook wordt gekeken naar eventuele belemmeringen in wet- en regelgeving. Gedurende een overbruggingsperiode zal ik Dementelcoach ondersteunen met een financiële bijdrage.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) of ik goede professionele ondersteuning belangrijk vind voor goede zorg. Evenals het Kamerlid De Jonge van Ellemeet (GL) ben ik van mening dat de professionele ondersteuning van mantelzorgers bijdraagt aan goede zorg voor cliënten. Daarom kunnen gemeenten op basis van de Wmo 2015 goede professionele ondersteuning aan mantelzorgers bieden.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het wegnemen van onduidelijkheden in de praktijk. Ik ben het met de constatering eens dat juist bij stevige veranderingen het belangrijk is dat mensen weten waar zij aan toe zijn. Met de betrokken partijen heb ik werkafspraken gemaakt over de hervorming langdurige zorg gericht op implementatie en communicatie. Streven is om de hervorming voor alle partijen zo voorspelbaar mogelijk te doen laten verlopen en onnodige frictiekosten te vermijden. Samen met veldpartijen werken we hard aan de voorbereidingen voor 1 januari a.s., daarbij hoort ook zicht op voortgang en het bespreken van knelpunten en onduidelijkheden en zoeken naar oplossingen met de diverse partijen. Ik volg de signalen op de voet, via (door mij gesubsidieerde) meldpunten, via de gesprekken aan de diverse implementatietafels, cliënttafels, via het transitievolgsysteem bij gemeenten en via de gesprekken in de cockpit met de partners van de werkafspraken hervorming langdurige zorg. De uitkomsten hiervan communiceren partijen richting hun achterban. Ik geef informatie over thema's waar onduidelijkheid over bestaat. Dit gebeurt zowel aan gemeenten via www.invoeringwmo.nl als aan zorgaanbieders via www.hervorminglangdurigezorg.nl.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) of ik gemeenten wil aansporen werk te maken van het gesprek met mantelzorgers om de ondersteuning in kaart te brengen. Ja. In de praktijkdagen voor gemeenten die in november plaatsvinden, vraag ik onder andere ook aandacht voor het tijdig inrichten van mantelzorgbeleid. Ik zal dit ook bestuurlijk in de bijeenkomsten die ik met wethouders heb staan, bespreken. Daarnaast organiseer ik begin volgend jaar met de VNG een praktijkdag voor gemeenten die volledig in het teken staat van het ondersteunen van mantelzorgers. Daar komen ook de belangrijkste bevindingen uit het SCP-onderzoek naar informele zorg aan de orde en de vraag welke lessen daaruit voor gemeenten volgen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de nieuwe subsidieregeling, van waaruit palliatieve zorg in verpleeghuizen in bepaalde gevallen wordt gefinancierd.

De financiering van ZZP VV 10 blijft in de Wlz bestaan voor de bekostiging van intensief palliatief terminale zorg in een verpleeghuis. Deze wijze van bekostiging blijft gelden als verzekerd, voorafgaand aan de noodzaak tot intensief palliatief zorg in een verpleeghuis,

al een indicatie hebben voor de Wet langdurige zorg. In die situaties verblijft de cliënt doorgaans al in een zorginstelling en is financiering vanuit ZZP VV 10 nodig in verband met intensieve zorgbehoefte in verband met naderend overlijden.

Als mensen vanuit de thuissituatie (bekostigd op grond van de aanspraak wijkverpleging) aangewezen zijn op palliatief terminale zorg in een verpleeghuis dan is er de mogelijkheid tot financiering op grond van de subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015. Het betreft dan situaties waarin de huisarts vaststelt dat het onverantwoord is dat de cliënt zonder toezicht alleen thuis is op momenten dat de (professionele) zorgverlener er niet is. In die situaties is er ook geen mantelzorg en/of vrijwilligerszorg die adequaat toezicht kan bieden. De genoemde subsidieregeling wordt momenteel opgesteld door VWS en zal worden uitgevoerd door het Zorginstituut. De definitieve publicatie in de Staatscourant vindt plaats nadat de Eerste Kamer de Wlz heeft aangenomen. Om te waarborgen dat alle partijen zich tijdig kunnen voorbereiden zijn zorgkantoren, brancheverenigingen, beroepsverenigingen en uitvoeringsorganisaties nauw betrokken bij de inrichting van de regeling. Vorige week hebben partijen afspraken hierover gemaakt.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over wat de burger gaat merken van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg en hoe de inzet mede te richten op bewustwording en implementatie in plaats van alleen op onderzoek.

In het Nationaal Programma Palliatieve Zorg staan de behoeften van mensen in de laatste levensfase en hun naasten centraal. Doel is dat de burger direct profiteert van het programma. Een belangrijk instrument om de doelstellingen te bereiken is het nieuwe ZonMw programma. Binnen dit programma is de praktijk richtinggevend en zal de focus niet alleen op onderzoek liggen. Om de palliatieve zorg te verbeteren wordt gebruik gemaakt van een cyclische aanpak waarbij zorg, praktijkgericht onderzoek en onderwijs met elkaar worden verbonden.

Knelpunten die op de werkvloer en bij de mensen waar het om gaat worden ervaren geven richting aan het onderzoek en (het te ontwikkelen) onderwijs. Nieuwe producten op het gebied van zorg en onderwijs worden vervolgens geïmplementeerd. Zoals ik eerder heb toegezegd, ontvangt u later dit jaar een volledig programmavoorstel, inclusief verder uitgewerkte doelstellingen en de bredere aanpak waarbinnen we deze doelstellingen willen bereiken.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de noodzaak van meer onderzoek naar de onderliggende oorzaken van suïcidaal gedrag en de behandeling daarvan en reactie op de overweging om een amendement in te dienen.

De SGP vraagt om meer geld uit te trekken om suïcides te voorkomen. Ik deel de zorg van de SGP over het toenemend aantal suïcides in Nederland. Ik heb daarom het initiatief genomen om een landelijke agenda te formuleren met relevante partijen in de zorg. Alle betrokken partijen hebben zich gecommitteerd aan deze agenda en zullen daar ook de nodige tijd en (financiële) middelen voor moeten inzetten. Hierover is uitgebreid gesproken op 4 september jl. tijdens het AO Suïcidaliteit.

Nader onderzoek naar onderliggende oorzaken maakt geen deel uit van de landelijke agenda suïcidepreventie. Een goede mogelijkheid om onderzoek op het terrein van suïcide te financieren ligt in het vijfde preventieprogramma van ZonMw. In dit programma is het terugdringen van suïcide specifiek onder de jeugd als ook onder volwassenen meegenomen als een belangrijk onderwerp. Het is mogelijk om hiervoor voorstellen in te dienen. Het ZonMw programma loopt van 2014 tot en met 2017.

Ik heb tijdens het genoemde AO toegezegd dat ik in mijn brief over de voortgang van de landelijke agenda suïcidepreventie terug kom op onderwerp onderzoek. Deze brief zal ik begin 2015 de Tweede Kamer doen toekomen.

Ik zal een mogelijk amendement op dit terrein ontraden, omdat er al voldoende mogelijkheden bestaan voor onderzoek op dit terrein en juist momenteel voorstellen kunnen worden ingediend.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de mogelijkheden om foetale chirurgie toe te passen bij een open ruggetje (spina bifida).

Ik wil het verzoek van de SGP (Van der Staaij) en Christenunie (Dik-Faber) wel een stap

verder brengen. Heel concreet stel ik voor dat ik in overleg ga met de universitaire centra die de ontwikkelingen op dit gebied nauwgezet volgen. In het bijzonder denk ik daarbij aan het Leids Universitair Medisch Centrum. Ik wil met hen bespreken hoe wij kunnen organiseren dat zwangeren die deze wens hebben en bij wie deze behandeling kansrijk zou kunnen zijn, hiervoor in het buitenland in aanmerking kunnen komen zonder dat zij daarbij financiële belemmeringen ervaren. Voor mij is daarbij wel van belang dat er een zorgvuldige en professionele afweging wordt gemaakt bij het al dan niet toegang krijgen tot deze experimentele vorm van zorg, dat deelname aan (internationaal) onderzoek verplicht wordt gesteld en dat in Nederland vervolgonderzoek plaatsvindt om de lange termijn effecten van deze ingreep in kaart te brengen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over het meenemen van dynamisch ambulancemanagement in het referentiekader spreiding en beschikbaarheid. Het Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg is een model voor de ambulancezorg waarin per regio in Nederland wordt vastgesteld hoeveel ambulances minimaal nodig zijn om aan de vraag naar ambulancezorg te voldoen. Ook de geografische spreiding van standplaatsen wordt in het referentiekader gedefinieerd. In het referentiekader wordt aan de hand van vooraf gekozen uitgangspunten en randvoorwaarden modelmatig de benodigde spreiding en capaciteit berekend. In het referentiekader 2013 is dynamisch ambulancemanagement (DAM) niet meegenomen. In 2017 zal een volgende actualisering van het referentiekader plaatsvinden. Ik heb het RIVM gevraagd nader onderzoek te doen naar een geschikte manier om DAM in het referentiekader toe te passen. Tijdens het AO Zwangerschap en geboorte is door verschillende woordvoerders gevraagd naar de monitoring van de sluiting van het Ruwaard van Puttenziekenhuis. Ten tijde van de sluiting van het Ruwaard van Puttenziekenhuis in Spijkenisse was op basis van het destijds geldende referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg dit ziekenhuis cruciaal voor de 45 minuten norm. Vandaar dat het monitoren van de daadwerkelijke aanrijdtijden van ambulances in die regio van groot belang werd geacht bij de daar ontwikkelde zorgplannen rond de afbouw van dit ziekenhuis. Inmiddels is in 2013 een nieuw referentiekader Spreiding en Beschikbaarheid Ambulancezorg vastgesteld met als onderdeel een nieuw en meer representatief rijtijdenmodel voor ambulances. Daaruit is gebleken dat ambulances sneller rijden dan eerder altijd gedacht. Op basis van dat nieuwe rijtijdenmodel is door het RIVM een nieuwe analyse gemaakt van welke ziekenhuizen cruciaal zijn voor de 45 minuten norm en uit die analyse is gebleken dat het ziekenhuis in Spijkenisse daar niet langer cruciaal voor is. De monitoring van de daadwerkelijke rijtijden in die regio is niet langer relevant voor de tijdige bereikbaarheid van de spoedeisende hulp voor burgers in de regio.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Van der Staaij (SGP) over de bereidheid van de minister zich in te zetten voor vermindering van het aantal 'noodsituaties' als reden voor abortus.

Uit de evaluatie van de wet afbreking zwangerschap uit 2005 kwamen verschillende redenen naar voren om een zwangerschap af te breken. Financiële reden werd genoemd als een reden om de zwangerschap te beëindigen door 46,7% van de vrouwen die geholpen zijn in een kliniek en 50% van de vrouwen die geholpen zijn in een ziekenhuis. Respectievelijk 11,6% en 12,5% gaf aan dat dit de belangrijkste reden was. Om de overwegingen van vrouwen in kaart te brengen is in 2008 een lang lopend onderzoek gestart waarvan de resultaten in 2016 worden verwacht. Het is overigens aan de vrouw zelf om te beoordelen wat voor haar een noodsituatie is.

Het is wel belangrijk dat de vrouw weloverwogen beslist. Voorlichting over de verschillende mogelijkheden bij ongewenste zwangerschap is uitdrukkelijk aan de orde. Als de vrouw het voornemen heeft de zwangerschap af te breken moet de arts voorlichting geven aan de vrouw. Alternatieven voor abortus worden dan besproken. In de regelgeving zijn daartoe verplichtingen opgelegd aan de abortuskliniek en het ziekenhuis dat de behandeling uitvoert. De voorlichting over de verschillende opties is primair een taak voor de beroepsgroepen. Deze verrichten hiervoor ook de nodige inspanningen. Zo heeft het Nederlandse

genootschap voor abortusartsen (NGvA) een richtlijn opgesteld voor de counseling en psychosociale hulpverlening van een vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt. Ik zie dus geen noodzaak tot maatregelen op dit gebied.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het feit dat zoveel mantelzorg afhankelijk van 85+ers (ouderen)

Het is mij bekend dat dat veel mantelzorgers 85-plussers zijn omdat met name partners tot op hoge leeftijd voor elkaar blijven zorgen. Deze wens om voor elkaar te kunnen zorgen is respectabel. Tegelijkertijd realiseer ik mij goed hoe zwaar het verlenen van mantelzorg kan zijn, zeker als men zelf ook op leeftijd raakt en mogelijk ook behoefte heeft aan zorg en ondersteuning.

Het afgelopen half jaar is daarom onder mijn regie door organisaties van mantelzorgers en vrijwilligers, aanbieders van zorg en welzijn, organisaties van professionals, cliëntorganisaties, de VNG, ZN en een aantal individuele gemeenten, intensief gewerkt aan de totstandkoming van een gezamenlijke Agenda 'Informeel Zorg en Ondersteuning'. Belangrijk onderdeel van de agenda is gericht op het bieden van ondersteuning aan mantelzorgers en aan mogelijkheden om hun zorglast te verlichten. Ouderenbonden hebben aangegeven dat ze betrokken willen blijven bij het uitvoeren van de ambities die in deze agenda zijn vastgelegd.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) hoe ik gemeenten ga bewegen om de ondersteuning van mantelzorgers voortvarend aan te pakken.

In de eerste plaats merk ik op dat de Wmo 2015 een verbetering van de positie van de mantelzorg behelst. Daarnaast heb ik samen met betrokken partijen de Toekomstagenda voor de Informeel Zorg en Ondersteuning uitgebracht. De deelnemers aan deze agenda, waaronder gemeenten en de VNG, hebben gezamenlijk de handschoen opgepakt om te komen tot betere ondersteuning van mantelzorg. Daarmee is er voor ondersteuning van mantelzorgers de komende periode volop aandacht. Concrete acties die gemeenten ondersteunen, zijn onder andere het verspreiden van praktijkvoorbeelden en werkbaar elementen op het terrein van respijtzorg en de praktijkdag in januari voor gemeenten over de ondersteuning van mantelzorgers. Daar komen ook de belangrijkste bevindingen van het SCP-onderzoek naar informeel zorg aan de orde, alsook de vraag welke lessen daaruit volgen voor gemeenten om de ondersteuning naar een hoger peil te trekken. Onlangs heb ik samen met de VNG en veldpartijen een notitie uitgebracht waarin ik gemeenten handvatten bied bij het invullen van het mantelzorgbeleid dat aansluit bij de Wmo 2015.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het fiscaal aftrekbaar maken van reiskosten voor mantelzorgers.

Een nieuwe landelijke (fiscale) regeling past niet goed binnen de nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling waar het kabinet met de Wmo 2015 voor heeft gekozen. Met de Wmo 2015 krijgen gemeenten een brede verantwoordelijkheid voor de ondersteuning van mantelzorgers bij het uitoefenen van hun taak. Hoe die ondersteuning vorm krijgt is afhankelijk van de individuele situatie van de mantelzorger en de lokale context. Gemeenten leggen in hun beleidsplan vast hoe ze mantelzorgers ondersteunen. Zo kunnen gemeenten op grond van de Wmo 2015 algemene voorzieningen inzetten ter ondersteuning van de mantelzorger, bijvoorbeeld lokale vervoersvoorzieningen. Dit los van de uitvoerbaarheid van een fiscale regeling en de administratieve lasten die met zo'n regeling gepaard gaan.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over het laten verrichten van een breed onderzoek naar voorkómen en vóórkomen van soa's bij 50-plussers en over het geven van voorlichting hierover aan 50-plussers.

Het RIVM volgt continue in Nederland het vóórkomen van soa (incl. hiv), in alle leeftijdsgroepen. Daarom acht ik het niet nodig om apart onderzoek te laten verrichten naar soa's bij 50-plussers. Uit het laatste rapport van het RIVM over het vóórkomen van soa's (2014; cijfers 2013) blijkt dat 50-plussers (en dit geldt nog meer voor 55-plussers) lage aantallen besmettingen hebben van hiv, chlamydia, gonorrhoe en syphilis, vergeleken met andere leeftijdsgroepen. Dit geldt voornamelijk voor hetereoseksuele mannenlijke 50-

plussers en voor vrouwelijke 50-plussers. Bij de mannen die seks hebben met mannen (MSM) zijn de aantallen lager bij 50-plussers, maar zijn de verschillen minder groot. Voor een uitgebreide rapportage verwijs ik u naar het RIVM rapport: *Sexually transmitted infections, including hiv, in the Netherlands in 2013*. In Nederland kunnen alle mensen terecht bij hun huisarts voor advies over het voorkomen van deze soa's, evenals op diverse websites, zoals die van het RIVM. Onderzoek naar voorkomen en het geven van (extra) voorlichting hierover aan 50-plussers acht ik daarom niet nodig.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over seniorvriendelijke ziekenhuizen. Het initiatief om speciale aandacht te hebben voor de seniorvriendelijkheid van ziekenhuizen spreekt mij aan. Iets dergelijks bestaat voor kindvriendelijke ziekenhuizen (smiley keurmerk). Keurmerken zijn private initiatieven en er is geen overheidsrol om die te ontwikkelen en onderhouden. Het stimuleren van ziekenhuizen om seniorvriendelijker te worden, zou zeker door middel van een keurmerk gedaan kunnen worden. Wel wil ik aandacht vragen voor de regeldruk van de keurmerken. Ten aanzien van opleidingen zijn er inmiddels verschillende geneeskundige opleidingen die zich op ouderen richten: opleiding klinisch geriater, opleiding specialist ouderengeneeskunde en als specialisatie binnen de interne geneeskunde. Binnen alle specialismen geneeskundig, verpleegkundig, paramedisch, enzovoorts moet uiteraard aandacht zijn voor de verouderende patiënt, al was het maar om deze een belangrijk deel van de zorgvragende populatie vormt. Er is een specifiek subsidie programma dat nu loopt (2012-2016) voor verankering van integrale ouderenzorg in medische vervolgoopleidingen.

Antwoord op de vraag van het Kamerlid Krol (50PLUS) over mensen die hun zorgpremie niet kunnen betalen en de boete die dan wordt opgelegd. Als mensen hun zorgpremie niet betalen en daardoor niet meebetalen aan de zorgkosten ondermijnt dat het solidariteitsbeginsel. Om deze reden zijn er verschillende maatregelen die moeten voorkomen dat mensen hun premie niet betalen. De dreiging van de hogere bestuursrechtelijke premie is er daar één van.

Ik realiseer mij overigens terdege dat de zorgpremie voor mensen met een lager inkomen een groot bedrag is. Mensen met een lager inkomen worden daarom tegemoet gekomen met een zorgtoeslag die in 2014 maximaal € 72 per maand bedroeg. Met deze zorgtoeslag worden ook burgers die moeten rondkomen van een minimum inkomen in staat gesteld om uit het beschikbare inkomen de nominale premie of de bestuursrechtelijke premie te voldoen. Daarnaast wordt bij de berekening van de beslagvrije voet rekening gehouden met de zorgpremie of de bestuursrechtelijke premie. Dit beschermt mensen als er sprake is van beslag door schuldeisers. Op die wijze kan zowel de premie worden voldaan als worden voorzien in de noodzakelijke kosten van levensonderhoud.

Mensen die in een regeling voor schuldsanering zitten vallen overigens reeds buiten het bestuursrechtelijk regime. In het voorstel voor de aanpassing van het wetsvoorstel omtrent de wanbetalersregeling ben ik van plan ook mensen buiten het bestuursrechtelijk regime te houden als ze een betalingsregeling hebben getroffen met hun verzekeraar. Ze betalen dan hun verplichtingen in termijnen af en hoeven niet meer de bestuursrechtelijke premie te betalen.